



Questionnaire Patient pour l'Examen DEXA

Nombre:	Fecha:		
Altura:	Peso:		
Alguna posibilidad que este embarazada	Yes	No	
Se le ha hecho algun estudio con Enema Baritado (Barium) en las dos ultimas semanas	Yes	No	
Se le ha hecho algun estudio de Medicina Nuclear o se le ha inyectado medio de Contraste en la Ultima semana	Yes	No	
Se le ha diagnosticado con Hiperparatiroidismo o niveles elevados de calcio en la sangre	Yes	No	

Si en las preguntas anteriores alguna fue SI, favor de hablar con la recepcionista de inmediato

■ Se le ha hecho algun Estudio de Densidad Osea Si No
 En que lugar se le hizo _____

Fracturas de algun hueso	Simple caida	Se no fue simple caida explique como paso	La edad que tenia

- Alguna vez ha tenido Cirugia de Columna, Caderas, Piernas o Brazos
 Reciente En el pasado o NO
- Si tuvo Cirugia de alguna de estas partes favor de explicar si fue derecha o Izquierda
- Toma pastillas de Calcio por ejemplo Tums _____
- Fuma _____

Exclusivo para Mujeres

Todavia tiene su menstruacion	Si	No
Con Excepcion de la Menopausia o Embarazo, alguna vez se le has suspendido		
Su menstruacion por seis (6) me o mas	Si	No
Ya tiene su Menopausia	Si	No
Si es Si a que edad se le presento		
Ha tenido Histerectomia o se le ha sacado la matriz	Si	No
Se le han quitado los Ovario y	Si	No
Si es asi a que edad		

Doy mi consentimiento para que se me haga el Estudio de Densidad Osea a traves de Assured Imaging Women's Wellness

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Assured Imaging Women's Wellness of Southern Arizona, LLC
 7925A N. Oracle #154, Tucson, AZ 85704
 (888) 233-6121 Phone / (520) 572-7138 Fax