



Apellido	Nombre	IN	Fecha de Nacimiento	Referido por sí mismo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nombre de Doctor		Dirección de Doctor		Número de teléfono de Doctor

- ¿Hay posibilidad que está embarazada?  NO  SI
- ¿Ha recibido rayos X con barrio en las últimas dos semanas?  NO  SI
- ¿Ha tenido examen medicinal nuclear o inyección de tinte en la última semana?  NO  SI
- ¿Ha tenido hiperparatiroidismo o calcio elevado en la sangre?  NO  SI

**Si respondió que sí a estas preguntas, avise a la recepcionista inmediatamente.**

<b>Historial del Paciente:</b> Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Ha tenido examen de la solidez de huesos? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, ¿cuando y adonde? _____ ¿Está tomando o ha tomado pastillas de cortisona (prednisona)? SI, corrientemente <input type="checkbox"/> SI, anteriormente <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Toma algún suplementos de calcio (incluyendo TUMS)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<b>Historial de uso de tabaco:</b> <input type="checkbox"/> Fumo todos los días <input type="checkbox"/> Fumo algunos días <input type="checkbox"/> Ex fumador <input type="checkbox"/> Nunca e fumado <input type="checkbox"/> Desconozco haber fumado <input type="checkbox"/> Fumador, desconozco el estado actual <input type="checkbox"/> Usuario intenso del tabaco <input type="checkbox"/> Usuario leve del tabaco
--	--

¿Se ha quebrado algún un hueso?  NO  SI contesta Sí, conteste las siguientes preguntas

Cual Hueso	¿Caída Sencilla?	Si no fue sencilla, describa la circunstancias	Edad cuando ocurrió
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		

¿Ha tenido cirugía de la espina dorsal, cadera, piernas, o brazos?  NO  SI Si ha tenido, describa el tipo de cirugía y cual lado fue afectado.

---



---



---

**Para mujeres únicamente:**

¿Todavía menstuo?  NO  SI

¿Antes de menopausia, ausencia de menstucion por 6 meses (a excepción de embarazos)?  NO  SI

¿Menopausia?  NO  SI, A qué edad \_\_\_\_\_

¿Histerectomía?  NO  SI, A qué edad \_\_\_\_\_

¿Se le han removido sus (dos) ovarios?  NO  SI, A qué edad \_\_\_\_\_