

THE IMAGING CENTER OF LAS CRUCES RADIOLOGY



160 Roadrunner Pkwy. • Las Cruces, NM 88011
Phone: 575-556-1800 • Toll Free: 888-522-6631
Fax: 575-522-1178



Bone Density Patient History Questionnaire

Name: _____ Today's Date: _____

Referring Provider: _____ Date of Birth: _____

Ethnicity: White Black Asian Hispanic
(Required for proper analysis. The unit only lists the above ethnicities please choose the most appropriate.)

Previous Bone Density: Where: _____ When: _____

Have you had any surgery with prosthetics, rods, or screws on your lower back or hips? Yes No

If yes please list: _____

Are you right or left handed? Rt. Lt. Current Height: _____ Current Weight: _____

Sex: Female Male If male, skip to question #1

Menopause Age: _____ Have you had a hysterectomy? Yes No If yes, age when occurred: _____

Do you still have your ovaries? Yes No

If you still have a cycle, when was the first day of your last period? _____

1) Do you have a family history of osteoporosis? Yes No

2) Have you had any fracture during your adult life which did not result from significant trauma (such as from a fall or auto accident) Yes No If yes, briefly explain: _____

3) Did either parent have a hip fracture? Yes No

4) Do you take or have you taken prescription bone builder? (such as fosamax, actonel, boniva, reclast) If yes, please list and state if currently taking them or were taken in the past: _____

5) Do you take or have you taken Cortico Steroids (prednisone, etc): Yes No

If yes, please list dosage and duration. _____

6) Do you take or have you taken over the counter calcium? Yes No If yes, currently or in the past? _____

7) Please list other medications you are taking: _____

8) Have you ever been diagnosed with hyperthyroidism (high/fast thyroid) or hyperparathyroidism? Yes No

If yes, have you been treated for it? Yes No

9) Have you been diagnosed with Rheumatoid (not osteo) arthritis? Yes No

10) Please circle the condition if you have been diagnosed with it: insulin dependent diabetes, osteogenesis imperfecta, hypogonadism, chronic malnutrition or malabsorbtion, chronic liver disease.

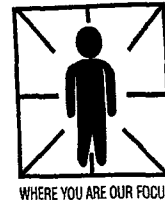
11) Do you drink 3 or more alcoholic drinks daily: Yes No

12) Do you smoke? Yes No

THE IMAGING CENTER OF LAS CRUCES RADIOLOGY



160 Roadrunner Pkwy. • Las Cruces, NM 88011
Phone: 575-556-1800 • Toll Free: 888-522-6631
Fax: 575-522-1178



Bone Density Patient History Questionnaire

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Referido por: _____ Fecha de nacimiento: _____

Etnicidad: Caucasica Negra Asiatica Hispana

Se ha realizado antes un examen de Densidad Osea? _____ Sí No
Si su respuesta es Si, cuando y donde?: _____

Alguna vez se han practicado cirugia con protises en la columna, cadera, o piernas? Sí No
Si su respuesta es Si, describa que tipo de cirugia y que parte fue la afectada:

Usted es zurdo o diestro? _____ Altura actual: _____ Peso actual: _____

Sex: Mujer Hombre (Si es hombre, pase a la pregunta #1)

¿Ya tuvo la menopausia? _____ Si su respuesta es si, a que edad? _____
Le han practicado la histerectoia? _____ Si su respuesta es si, a que edad? _____

¿Aun tiene los ovarios? Sí No

Si usted todavia tiene la menstruacion, cuando fue el primer dia de su ultimo periodo? _____

1) ¿Tiene usted un historial familiar de osteoporosis? Sí No

2) ¿Ha tenido alguna fractura durante su vida adulta que no fue consecuencia de un trauma significativo Sí No
Si su respuesta es si, describa que paso: _____

3) ¿Alguno de los padres a tenido fracturade cadera? Sí No

4) ¿Alguna vez ha tomado alguno de los siguientes medicamentos? (Fosamax, Actonel, Boniva, Reclast). Sí No
Si su respuesta es si, describa ¿actualmente o en el pasado? _____

5) ¿Alguna vez ha tomado Cortico Steroids (prednisone, etc.)? Sí No
Si su respuesta es si, describa cuanto y cuando: _____

6) ¿Toma o ha tomado el calico contador? Sí No
Si su respuesta es si, actualmente o en el pasado? _____

7) Lista de medicamentos: _____

8) ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con el Hipertiroidismo o Hiperparatiroidismo? Sí No

9) ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con Artritis Reumatoide (no osteo)? Sí No

10) Alguna vez ha sido diagnosticado con: diabetes dependiente de insulina, osteogenesis imperfecta, hipogonadismo, desnutrición crónica, malabsorción o enfermedad hepática crónica? Sí No Si su respuesta es sí, circule todos los que le pertenesen a usted.

11) ¿Usted toma 3 o más bebidas de alcohol al día? Sí No

12) ¿Usted fuma? Sí No