



ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

DEXA History Sheet

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

Name (Nombre): _____ Date (Fecha): ____/____/____ <input type="checkbox"/> Male (Masculino) <input type="checkbox"/> Female (Femenino) DOB (Fecha de Nacimiento): ____/____/____ Age (Edad): _____ Height (Estatura): _____ Weight (Peso): _____ Ethnicity (Etnia): <input type="checkbox"/> Caucasian (Caucásica) <input type="checkbox"/> African American (Afroamericana) <input type="checkbox"/> Hispanic (Hispana) <input type="checkbox"/> Asian (Asiática) <input type="checkbox"/> Other (Otra) _____ Most Recent Bone Density (DEXA) Scan: (Última densiometría ósea - DEXA): <input type="checkbox"/> No, never had one before (No, nunca me hice una) <input type="checkbox"/> Yes (Sí): Date (Fecha): _____ Where (Dónde): _____ Have you been diagnosed with osteopenia? (¿Se le ha diagnosticado osteopenia?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No) Have you been diagnosed with osteoporosis? (¿Se le ha diagnosticado osteoporosis?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No) Do you currently take any medications for osteoporosis or osteopenia? (¿Toma actualmente medicamentos para la osteoporosis u osteopenia?) (Examples/Ejemplos): Fosamax, Evista, Actonel, Forteo, Boniva, Reclast, Miacalin, Other (Otro): _____) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No). If yes, how long? (Si respondió sí ¿cuanto tiempo?) _____ Do you have an insulin pump? (¿Tiene una bomba de insulina?) <input type="checkbox"/> Yes (Sí) <input type="checkbox"/> No (No).	Personal History (Historia personal)		Yes (Sí)	No (No)
	Back Surgery, fusions, vertebroplasty (Cirugía de la espalda, fusiones, vertebroplastia)			
	Hip Surgery (Cirugía de cadera): <input type="checkbox"/> Left (Izquierda) <input type="checkbox"/> Right (Derecha)			
	Any hardware placed in your back or hip? (rods, pins, screws) (¿Tiene piezas artificiales en la espalda o cadera?) (varillas, pines, tornillos)			
	Cancer (Cáncer): Type (Tipo) _____			
	Chemotherapy (Quimioterapia)			
	Risk Factors (Factores de riesgo)		Yes (Sí)	No (No)
	Have you had any fractures as an adult? Which Bone? (¿Se ha fracturado algo de adulto? ¿Qué hueso?) _____			
	Has either of your parents fractured their hip? (¿Alguno de sus padres se ha fracturado la cadera?)			
	Are you a current smoker / tobacco user? (¿Fuma/ usa tabaco actualmente?)			
Do you take Glucocorticoids? (Steroids/ Prednisone > 3 months)? (¿Toma glucocorticoides? (Esteroides/prednisona > 3 meses)				
Have you been diagnosed with Rheumatoid Arthritis? (¿Se le ha diagnosticado artritis reumatoide?)				
Do you have 3 or more units of alcohol / day? (¿Toma 3 o más unidades de alcohol al día?)				
Women ONLY (SOLO para mujeres)		Yes (Sí)	No (No)	Age (Edad)
Hysterectomy (Histerectomía)				
Ovaries Removed (Ovarios extirpados) <input type="checkbox"/> R. (derecho) <input type="checkbox"/> L. (izquierdo)				
Menopause (Menopausia)				
Are you currently pregnant? (¿Está embarazada actualmente?)				
Secondary Osteoporosis -- Do you have any of the following: Hyperparathyroidism, Hyperthyroidism, Diabetes, Liver Disease, Lung Disease, Anorexia / Bulimia, Cushing's Disease, Kidney Disease, Celiac Disease, Cancer (Osteoporosis secundaria -- ¿Tiene alguna de las siguientes: Hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, diabetes, insuficiencia hepática, enfermedad pulmonar, anorexia/bulimia, enfermedad de Cushing, insuficiencia renal, enfermedad celíaca, cáncer)				

Patient Signature (Firma del paciente): _____ Date (Fecha): _____ Time (Hora): _____

Reviewed by (Revisado por): _____

Staff Signature (Firma del personal) _____ Date (Fecha): _____ Time (Hora): _____

INTERPRETER ONLY	PATIENT ASSISTANCE PROVIDED
Interpreter Name: _____ Agency & I.D.#: _____ Team Member Name & I.D.#: _____ <input type="checkbox"/> Video Remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In person Language: _____	<input type="checkbox"/> Reader for Visually Impaired Name: _____