

Nombre: \_\_\_\_\_ ACC: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**DENSITOMETRÍA ÓSEA PEDIÁTRICA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Historia:

Medicamentos:

Altura: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Etapa Tanner: \_\_\_\_\_

¿Le administraron bario o un medio de contraste por vía intravenosa para radiografías, TC o exámenes medicina nuclear el mes pasado?  SI  NO

En caso afirmativo, cuándo \_\_\_\_\_

¿Cirugía de la cadera o espina dorsal? ¿Cadera izquierda o derecha? ¿Espina cervical, dorsal, torácica o lumbar?  SI  NO  
*(Marque la respuesta apropiada)*

¿Le han hecho una densitometría ósea? *(Sólo el más reciente)*

Cuándo: \_\_\_\_\_ En dónde: \_\_\_\_\_