

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: _____