

Cuestionario sobre antecedentes de densidad ósea

Nombre: _____ Fecha: _____

ID del paciente: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estatura: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Peso: (lb) _____ Médico referente: _____

Edad cuando tuvo la menopausia: _____ Origen étnico: Blanco Negro Asiático Hispano

Infórmenos si prefiere tener un acompañante en la sala durante el examen. Entiendo

- 1) ¿Ha tenido una fractura de cadera o vertebral previa? Sí No
- 2) ¿Ha tenido alguna fractura durante su vida adulta que no haya sido el resultado de un trauma significativo? (p. ej., accidente automovilístico) Sí No
- 3) ¿Su padre o su madre alguna vez tuvieron fractura de cadera? Sí No
- 4) ¿Fuma? Sí No
- 5) ¿Alguna vez tomó glucocorticoides? Sí No
- 6) ¿Tiene artritis reumatoide? Sí No
- 7) ¿Tiene osteoporosis secundaria? Sí No
- 8) ¿Bebes 3 o más bebidas alcohólicas por día? Sí No
- 9) ¿Está recibiendo tratamiento para la osteoporosis? Sí No
- 10) ¿Alguna vez tomó los siguientes medicamentos?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Actonel (es decir, risedronato) | <input type="checkbox"/> Boniva (es decir, ibandronato) |
| <input type="checkbox"/> Evista (es decir, raloxifeno) | <input type="checkbox"/> Forteo (es decir, hormona paratiroidea) |
| <input type="checkbox"/> Fosamax (es decir, alendronato) | <input type="checkbox"/> Terapia de reemplazo hormonal (es decir, terapia con estrógenos/hormonas) |
| <input type="checkbox"/> Micalcin (es decir, calcitonina) | <input type="checkbox"/> Protelos (es decir, ranelato de estroncio) |
| <input type="checkbox"/> Reclast (es decir, ácido zoledrónico) | <input type="checkbox"/> Prolia (es decir, denosumab) |
| <input type="checkbox"/> Vitamina D | <input type="checkbox"/> Calcio |
| <input type="checkbox"/> Otro – Especifique: _____ | |

11) ¿Padece de alguna de las siguientes afecciones médicas?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anorexia o bulimia | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Asma o enfisema | <input type="checkbox"/> Celiaquía |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal terminal | <input type="checkbox"/> Enfermedades inflamatorias intestinales |
| <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Cualquier trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Otro – Especifique: _____ |

- 12) ¿Cuál es su estatura máxima en pulgadas? _____
- 13) ¿Realiza ejercicios con pesas con regularidad? Sí No
- 14) ¿Consume productos lácteos con regularidad? Sí No
- 15) ¿Consume bebidas con cafeína? Sí No

Si es mujer:

- 16) ¿Está o podría estar embarazada? Sí No
- 17) ¿A qué edad comenzó a tener su período menstrual? _____
- 18) ¿Es premenopáusica? Sí No
- 19) ¿Cuántos embarazos término completo ha tenido? _____
- 20) ¿Ha tenido alguna vez falta de su período menstrual durante más de 6 meses seguidos? (sin incluir el embarazo o la menopausia) Sí No

Firma del paciente: _____ Fecha: _____