

HISTORIA DE DXA Y CUESTIONARIO

Nombre: _____

Fecha del examen: _____

Fecha de nacimiento: _____

Peso: _____ Estatura (pulgadas) _____

Edad en la que entró a la menopausia: _____

Origen étnico: _____

Médico que hace la remisión: _____

Sexo: _____

Edad en la que entró a la menopausia: _____

- | | | |
|--|-------|----|
| 1. ¿Ha tenido una fractura de cadera o vertebral anterior? | Sí | No |
| 2. ¿Ha tenido alguna fractura durante su vida adulta que no haya sido el resultado de un trauma? (por ejemplo, un accidente de auto) | Sí | No |
| 3. ¿Alguno de sus padres tuvo una fractura de cadera? | Sí | No |
| 4. ¿Fuma? | Sí | No |
| 5. ¿Ha tomado alguna vez glucocorticoides? | Sí | No |
| 6. ¿Tiene artritis reumatoide? | Sí | No |
| 7. ¿Tiene osteoporosis secundaria? | Sí | No |
| 8. ¿Toma 3 o más tragos con alcohol al día? | Sí | No |
| 9. ¿Está actualmente en tratamiento por osteoporosis? | Sí | No |
| 10. ¿Hace ejercicios con pesas regularmente? | Sí | No |
| 11. ¿Consume regularmente productos lácteos? | Sí | No |
| 12. ¿Toma bebidas con cafeína? | Sí | No |
| 13. ¿Cuál fue su estatura máxima en pulgadas? | _____ | |

14. ¿Alguna vez ha tomado alguno de los siguientes medicamentos (encierre en un círculo los medicamentos)?

Actonel (risedronate)	Boniva (ibandronate)	Evista (raloxifene)
Fosamax (alendronate)	Miraculin (calcitonin)	Forteo (parathyroid hormone)
Recast (zoledronate)	Protelos (strontium ranelate)	Prolia (denosumab)
HRT (terapia con estrógenos/hormonas)	Calcio	Vitamina D

Cualquier medicamento para tratar la depresión, la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de pánico.
Haga una lista de medicamentos abajo:

15. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas (encierre en un círculo sus respuestas abajo)?

Anorexia o bulimia	Asma o enfisema	Enfermedad renal en etapa terminal
Hiperparatiroidismo	Trastorno convulsivo	Cáncer
Enfermedades inflamatorias del intestino	Histerectomía	Lupus
Célula falciforme	Reflujo ácido	Diabetes
EPOC		
Otra:	_____	

Si es mujer:

16. ¿A qué edad comenzó su ciclo menstrual? _____

17. ¿Está premenopáusica? _____

18. ¿Cuántos embarazos a término ha tenido? _____

19. ¿Alguna vez ha dejado de tener su ciclo menstrual mensual durante más de seis meses seguidos (sin incluir el embarazo o la menopausia)? _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____