



## QUESTIONARIO DE HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE (DENSIDAD OSEA)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

SEXO: FEMENINO  MASCULINO

ALTURA (PULGADAS): \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PESO (LIBRAS): \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_

EDAD DE LA MENOPAUSA: \_\_\_\_\_

RAZA: \_\_\_\_\_

1. A TENIDO USTED ALGUNA FRACTURA DE CADERA O VERTEBRAS? SI  NO
2. A TENIDO USTED ALGUNA FRACTURA DE ADULTO QUE NO FUE RESULTADO DE TRAUMA O ACCIDENTE? SI  NO
3. ALGUNO DE SUS PADRES TUVIERON FRACTURA DE CADERA? SI  NO
4. FUMA? SI  NO
5. A TOMADO ALGUNA VEZ CORTISONA O ESTEROIDES? SI  NO
6. TIENE ARTRITIS REUMATICA? SI  NO
7. TIENE OSTEOPOROSIS SECUNDARIA? SI  NO
8. TOMA 3 O MAS BEBIDAS ALCOHOLICAS AL DIA? SI  NO
9. ESTA BAJO TRATAMIENTO PARA OSTEOPOROSIS? SI  NO

10. A TOMADO USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> ACTONEL (i.e. RISEDRONATE)  | <input type="radio"/> BONIVA (i.e. IBANDRONATE)           |
| <input type="radio"/> EVISTA (i.e. RALOXIFENE)    | <input type="radio"/> FORTEO (i.e. PARATHYROID HORMONE)   |
| <input type="radio"/> FOSAMAX (i.e. ALENDRONATE)  | <input type="radio"/> HRT (i.e. ESTROGEN/HORMONE THERAPY) |
| <input type="radio"/> MIACALCIN (i.e. CALCITONIN) | <input type="radio"/> PROTELOS (i.e. STRONTIUM RANELATE)  |
| <input type="radio"/> RECLAST (i.e. ZOLEDRONATE)  | <input type="radio"/> PROLIA (i.e. DENOSUMAB)             |
| <input type="radio"/> VITAMIN D                   | <input type="radio"/> CALCIUM                             |

11. **LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALMENTE:** \_\_\_\_\_

12. TIENE USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES MEDICAS?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> ANOREXIA/BULIMIA                 | <input type="radio"/> DESORDEN EPILECTICO       |
| <input type="radio"/> ASMA/ ENFISEMA PULMONAR          | <input type="radio"/> CANCER                    |
| <input type="radio"/> ESTADO FINAL DE FALLA RENAL      | <input type="radio"/> INFLAMACION DEL INTESTINO |
| <input type="radio"/> HIPERPARATIROIDISMO              | <input type="radio"/> HYSTERECTOMIA             |
| <input type="radio"/> <b>OTRA CONDICION(ES):</b> _____ |   |

13. CUAL HA SIDO SU ALTURA MAXIMA (EN PULGADAS)? \_\_\_\_\_

14. HACE EJERCICIOS DE PESAS REGULARMENTE?

SI  NO

15. CONSUME PRODUCTOS LACTEOS REGULARMENTE?

SI  NO

16. CONSUME BEBIDAS CON CAFEINA?

SI  NO

### SI ES MUJER:

17. A QUE EDAD EMPEZO SU PERIODO MENSTRUAL? \_\_\_\_\_

18. ESTA USTED PREMENOPAUSICA? SI  NO

19. CUANTOS EMBARAZOS COMPLETOS TUVO? \_\_\_\_\_

20. LE HA FALTADO LA MENSTRUACION POR MAS DE 6 MESES SEGUIDOS? SI  NO

(NO INCLUYA EMBARAZO O MENOPAUSIA)

21. **BAJO MI CONOCIMIENTO, NO ESTOY EMBARAZADA ACTUALMENTE. FIRMA:** \_\_\_\_\_