

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

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Le administraron bario o un medio de contraste por vía intravenosa para radiografías, TC o exámenes medicina nuclear el mes pasado? En caso afirmativo, cuándo \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Cirugía de la cadera o espina dorsal? ¿Cadera izquierda o derecha? ¿Espina cervical, dorsal, torácica o lumbar? (Marque con un círculo la respuesta apropiada)

Sí / No ¿Le han hecho una densitometría ósea? (Sólo el más reciente)  
Cuándo: \_\_\_\_\_ En dónde: \_\_\_\_\_

Marque con un círculo la opción más adecuada: Asiático Negro Hispano Blanco  
(Necesario para el análisis correcto de la densidad ósea.)

Peso actual: \_\_\_\_\_ libras Altura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

Indique qué medicamentos para la osteoporosis, en su caso, está tomando actualmente (como Actonel, Boniva, Evista, Fosamax, Reclast....) \_\_\_\_\_

Sí / No Complemento de calcio

Sí / No **¿Ha sufrido fracturas en su vida adulta que ocurrieron espontáneamente, o fracturas debido a traumatismos, que no hubieran resultado en fracturas en una persona sana?**

Sí / No ¿Se le ha diagnosticado osteoporosis a alguno de sus padres o hermanos?

Sí / No **¿Su padre o madre han sufrido fracturas de cadera?**

Sí / No **¿Fuma actualmente?**

Sí / No **¿Toma diariamente tres o más bebidas alcohólicas?**

Sí / No ¿Alguna vez ha tomado un medicamento esteroide oral?

Sí / No **¿Si sí, de un esteroide oral, alguna vez los ha tomado por más de 3 meses a la vez?**

Sí / No ¿Sufre alguna condición de la tiroides que requiere medicamentos?

Sí / No ¿Toma medicamentos para convulsiones?

Sí / No ¿Ha tenido algún tipo de cáncer con tratamientos de quimioterapia o radiación?  
En caso afirmativo, qué tipo de cáncer \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?** (Marque todas las que correspondan.)

**Artritis reumatoide**

**Diabetes tipo 1 (dependiente de insulina)\***

**Osteogénesis imperfecta adulta \***

**Enfermedad hepática crónica \***

**Síndrome de mala absorción\***

**Hipogonadismo \***

**Desnutrición crónica \***

Anorexia o bulimia

**Hipertiroidismo prolongado sin tratar**

Mujeres:

Sí / No ¿Amenorrea? (Ausencia del ciclo menstrual no relacionada con la menopausia, el embarazo o la lactancia)

Sí / No ¿Bochornos?

Sí / No ¿Toma alguna clase de estrógeno u hormonas naturales?

**¿A qué edad empezó la menopausia?** \_\_\_\_\_ \*

Hombres:

Sí / No ¿Testosterona baja?