

AUSTIN RADIOLOGICAL ASSOCIATION BONE DENSITY PATIENT SCREENING QUESTIONNAIRE

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?