

# AUSTIN RADIOLOGICAL ASSOCIATION BONE DENSITY PATIENT SCREENING QUESTIONNAIRE

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

¿Le administraron bario o un medio de contraste por vía intravenosa para radiografías, TC o exámenes medicina nuclear el mes pasado?  SI  NO

En caso afirmativo, cuándo \_\_\_\_\_

¿Cirugía de la cadera o espina dorsal? ¿Cadera izquierda o derecha? ¿Espina cervical, dorsal, torácica o lumbar?  SI  NO  
(Marque la respuesta apropiada)

¿Le han hecho una densitometría ósea? (Sólo el más reciente)

Cuándo: \_\_\_\_\_ En dónde: \_\_\_\_\_

Marque con un círculo la opción más adecuada:  Asiático  Negro  Blanco  White  
(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...)

- Si  No Complemento de calcio
- Si  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?**
- Si  No ¿Se le ha diagnosticado osteoporosis a alguno de sus padres o hermanos?
- Si  No **¿Su padre o madre han sufrido fracturas de cadera?**
- Si  No **¿Fuma actualmente?**
- Si  No **¿Toma diariamente tres o más bebidas alcohólicas?**
- Si  No ¿Alguna vez ha tomado un medicamento esteroide oral?
- Si  No **¿Si sí, de un esteroide oral, alguna vez los ha tomado por más de 3 meses a la vez?**
- Si  No ¿Sufre alguna condición de la tiroides que requiere medicamentos?
- Si  No ¿Toma medicamentos para convulsiones?
- Si  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.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide                   | <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo                        |
| <input type="checkbox"/> Osteogénesis imperfecta adulta *      | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 (dependiente de insulina)* |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de mala absorción*           | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática crónica *              |
| <input type="checkbox"/> Desnutrición crónica *                | <input type="checkbox"/> Hipogonadismo *                            |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo prolongado sin tratar | <input type="checkbox"/> Anorexia o bulimia                         |

Mujeres:

- Si  No ¿Amenorrea? (Ausencia del ciclo menstrual no relacionada con la menopausia, el embarazo o la lactancia)
- Si  No ¿Bochornos?
- Si  No ¿Toma alguna clase de estrógeno u hormonas naturales?

¿A que edad empezó la menopausia? \_\_\_\_\_

Hombres:

- Si  No ¿Testosterona baja?