

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.)

Artritis reumatoide	Hiperparatiroidismo
Osteogénesis imperfecta adulta *	Diabetes tipo 1 (dependiente de insulina)*
Síndrome de mala absorción*	Enfermedad hepática crónica *
Desnutrición crónica *	Hipogonadismo *
Hipertiroidismo prolongado sin tratar	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 qué edad empezó la menopausia? _____

Hombres:

- | | | |
|----|----|---------------------|
| Si | No | ¿Testosterona baja? |
|----|----|---------------------|