

Nombre: _____ Hoy es Fecha: _____
 ID del paciente: _____ Derivación Médico: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Etnia: _____
 Sexo: ____ F ____ M

El técnico medirá

Altura actual: _____ Peso: _____ Valor de IMC: _____ Antebrazo (cm): _____

1. Edad de la menopausia: _____
2. ¿Tuvo fracturas o cirugía previas de cadera o vertebras? Sí ____ No ____
3. ¿Se ha fracturado algún hueso después de los 35 años? Sí ____ No ____
Si respondió que sí, ¿qué huesos? _____
4. ¿Alguno de sus padres se fracturó alguna vez la cadera? Sí ____ No ____
5. ¿Actualmente fuma? Sí ____ No ____
6. ¿Bebe 3 o más tragos de alcohol por día? Sí ____ No ____
7. ¿Ha tomado alguna medicación esteroide oral durante más de 3 meses alguna vez? Sí ____ No ____
8. ¿Tiene artritis reumatoidea? Sí ____ No ____
9. ¿Recibe tratamiento por osteoporosis secundaria? Sí ____ No ____

10. ¿Tiene alguna de las siguientes afecciones médicas?
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anorexia o bulimia | <input type="checkbox"/> Algún trastorno de convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma o enfisema | <input type="checkbox"/> Trastorno inflamatorio de intestino |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal terminal | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I (insulinodependiente) |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Histerectomía/ extracción de ovarios |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Cushing | <input type="checkbox"/> Deterioro hepático |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de malabsorción | <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo |
| – es decir, enfermedad celíaca | |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Escorbuto | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Otros – Por favor, especificar: _____ | |

11. ¿Alguna vez tomó alguno de los siguientes medicamentos?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actonel (Risedronato) | <input type="checkbox"/> Boniva (Ibandronato) |
| <input type="checkbox"/> Evista (Raloxifeno) | <input type="checkbox"/> Forteo (hormona paratiroidea) |
| <input type="checkbox"/> Fosamax (Alendronato) | <input type="checkbox"/> HRT (estrógenos/terapia hormonal) |
| <input type="checkbox"/> Miacalcin (Calcitonina) | <input type="checkbox"/> Protelos (ranelato de estroncio) |
| <input type="checkbox"/> Reclast (Zoledronato) | <input type="checkbox"/> Prolia (Denosumab) |
| <input type="checkbox"/> Vitamina D | <input type="checkbox"/> Calcio |
| <input type="checkbox"/> Otros-por favor, especificar _____ | |

12. ¿Cuál fue su altura máxima (pulgadas)? _____
13. ¿Hace ejercicios de resistencia con peso regularmente? Sí ____ No ____
14. ¿Consume regularmente productos lácteos? Sí ____ No ____
15. ¿Bebe bebidas descafeinadas? Sí ____ No ____
16. ¿Alguna vez tuvo algún tipo de cáncer, con tratamiento de quimioterapia o radiación? Sí ____ No ____
Si respondió que sí, ¿qué tipo? _____
Enumerar los medicamentos del tratamiento _____
17. ¿Está usted en la premenopausia? Sí ____ No ____
18. ¿Amenorrea? (Ciclo menstrual interrumpido, no asociado con menopausia, embarazo o lactancia) Sí ____ No ____