

HISTORIA PARA MEDIR SU DENSIDAD ÓSEA

NOMBRE _____ FECHA DE HOY _____

SEXO M F FECHA DE NACIMIENTO _____

ESTATURA _____ ETNICIDAD _____

PESO _____ EDAD EN QUE EMPEZÓ LA MENOPAUSIA _____

- 1) ¿Ha tenido antes una cadera o vértebra fracturada? _____ Sí _____ No
- 2) ¿Ha tenido alguna fractura durante su vida de adulto que no haya resultado de de una lesión grave? _____ Sí _____ No
- 3) ¿Cualquiera de sus padres ha tenido alguna vez una cadera fracturada? _____ Sí _____ No
- 4) ¿Fuma? _____ Sí _____ No
- 5) ¿Ha tomado esteroides durante 3 meses seguidos? _____ Sí _____ No
- 6) ¿Algún reumatólogo le ha diagnosticado con artritis reumatoide? _____ Sí _____ No
- 7) ¿Le han diagnosticado con osteoporosis secundaria? _____ Sí _____ No
- 8) ¿Toma más de 3 bebidas alcohólicas al día? _____ Sí _____ No
- 9) ¿Está bajo algún tratamiento para la osteoporosis? _____ Sí _____ No

10) ¿Alguna vez ha tomado los siguientes medicamentos?

_____ Actonel

_____ Boniva

_____ Evista

_____ Forteo

_____ Fosamax

_____ Hormonoterapia sustitutiva

_____ Miacalcin

_____ Protelos

_____ Reclast

_____ Prolia

_____ Vitamina D

_____ Calcio

_____ Otro – Favor de nombrarlo: _____

11) ¿Tiene las siguientes condiciones médicas?

_____ Anorexia o Bulimia

_____ Algún trastorno de convulsiones

_____ Asma o Enfisema

_____ Cáncer

_____ Nefropatía terminal

_____ Enfermedades intestinales inflamatorias

_____ Hiperparatiroidismo

_____ Histerectomía

_____ Otra – Favor de explicarla: _____

- 12) ¿Cuál fue su estatura máxima (en pulgadas)? _____ pulgadas
- 13) ¿Hace con regularidad ejercicios que sostienen su peso corporal? _____ Sí _____ No
- 14) ¿Come con regularidad productos lácteos? _____ Sí _____ No
- 15) ¿Toma bebidas que contienen cafeína? _____ Sí _____ No
- 16) ¿Está en la etapa premenopáusica? _____ Sí _____ No

|
|