



Cuestionario de la Densidad Osea

Para Uso de Oficina
Solamente
MR # _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Altura: _____ Peso: _____ Sexo _____ Nacionalidad: _____

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ **HISTORIA DEL PACIENTE** ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

- 1. ¿Ha tenido un previo examen de densidad ósea? _____
- 2. ¿Está recibiendo tratamiento para la osteoporosis? _____
- 3. ¿Está tomando algún medicamento para la osteoporosis? _____
- 4. ¿Su familia tiene antecedentes de osteoporosis? _____
- 5. ¿Toma suplemento de calcio? Si No.

En caso afirmativo, ¿Se tomó el suplemento hoy? Si No

6. ¿Ha tenido tornillos de metal, tornillos o prótesis en cualquiera de sus caderas, o baja de la espalda?
 Si No

7. ¿Ha tenido alguna de las siguientes condiciones?	NO	SI
A. Hipertiroidismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Cirrosis biliar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Enfermedad renal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Artritis reumatoide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Otras artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Una parte del estómago eliminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Intestinal o enfermedad del intestino.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Los trastornos alimentarios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ **SÓLO PARA MUJERES** ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

	NO	SI
8. ¿Has pasado por la menopausia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Su menopausia ocurrió antes de los 45?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido la amenorrea (ausencia de menstruación)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Alguna vez ha tomado hormonas (con exclusión de control de la natalidad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿por cuántos años? _____		