



Cuestionario de la Densidad Ósea

Nombre:		Fecha:	MRN:
Peso:	Estatura:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Referido Por:		Etnicidad: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Otra	

MARQUE LA RESPUESTA PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Se ha hecho análisis de densidad ósea en alguna ocasión? Sí No
 Si contestó "Sí", ¿dónde y cuándo? _____
2. ¿Se ha operado de la cadera? Sí No
3. ¿Se ha operado de la zona lumbar/parte baja de la espalda? Sí No
4. ¿Tiene metal en la cadera o en la espalda? Sí No
5. ¿Se le ha inyectado cemento en la espina dorsal (vertebroplastia)? Sí No
6. ¿Ha sufrido alguna fractura de hueso **después de los 40 años de edad**? Sí No
 De ser así, ¿cuál(es) hueso(s)? _____
 ¿La fractura fue debida a trauma mayor (como accidente de auto) _____ o una simple caída o golpe? _____
7. ¿Ha notado una reducción en su estatura? Sí No
 Estatura máxima como adulto: _____
8. ¿Tiene historial familiar de osteoporosis? Sí No
9. ¿Alguno de sus padres ha sufrido fractura de la cadera? Sí No
10. ¿Fuma tabaco? Sí No
11. ¿Toma 3 bebidas alcohólicas o más al día? Sí No
12. ¿Ha recibido tratamiento con esteroides (ej. Prednisona o Cortisona) de 5 mg o más diarios durante 3 meses?
 Sí Dosis: _____ Duración del tratamiento: _____
 No
13. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?
 Hiperparatiroidismo o nivel elevado de calcio en la sangre
 Diabetes Tipo 1 de comienzo juvenil
 Cirrosis hepática
 Resección parcial del estómago (gastrectomía)
 Cirugía bariátrica o gastroplastia para bajar de peso
 Enfermedad intestinal (enfermedad celíaca o de Crohn)
 Artritis reumatoide Medicamento: _____ Reumatólogo: _____
 Cáncer Tipo: _____



Cuestionario de la Densidad Ósea

14. ¿Está tomando o ha tomado alguno de los siguientes medicamentos?

	<u>Actualmente</u>	<u>Previamente</u>
Suplemento de Calcio	_____	_____
Vitamina D	_____	_____
Estrógeno	_____	_____
Alendronate / Alendronato (Fosamax y Binosto)	_____	_____
Ibandronate / Ibandronato (Boniva)	_____	_____
Zoledronic acid / Ácido zoledrónico (Reclast y Zometa)	_____	_____
Risedronate / Risedronato (Actonel y Atelvia)	_____	_____
Raloxifene / Raloxifeno (Evista)	_____	_____
Tamoxifen / Tamoxifeno	_____	_____
Denosumab (Prolia)	_____	_____
Anastrozole / Anastrozol (Aridimex)	_____	_____
Letrozole / Letrozol (Femara)	_____	_____
Exemestane / Exemestano (Aromasin)	_____	_____
Leuprolide / Leuprolida (Lupron)	_____	_____
Antagonista LHRH (Degarelix)	_____	_____
Testosterona	_____	_____
Goserelin / Goserelina (Zoladex)	_____	_____
Miacalcin	_____	_____
Teriparatida, hormona parathyroid, PTH (Forteo)	_____	_____
Medicamento anticonvulsivo (Dilantin)	_____	_____
Otra quimioterapia no mencionada arriba	_____	_____
Inhibidor de la bomba de protones para el reflujo gástrico (Nexium, Prevacid)	_____	_____
Duración del tratamiento: _____		

SIGUIENTES PREGUNTAS SÓLO PARA MUJERES:

- | | | |
|--|----------|----------|
| 1. ¿Ha pasado por la menopausia?
De ser así, ¿a qué edad? _____ | _____ Sí | _____ No |
| 2. ¿Le han sacado la matriz? | _____ Sí | _____ No |
| 3. ¿Le han sacado ambos ovarios?
De ser así, ¿a qué edad? _____ | _____ Sí | _____ No |
| 4. ¿Está tomando hormonas? | _____ Sí | _____ No |

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Personal Clínico: _____ Fecha: _____