



## **Cuestionario del Paciente**

Nombre (imprimir): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- Hay alguna posibilidad de que este embarazada? Si No  
 Se ha realizado Rayos X de barrio en las dos ultimas semanas? Si No  
 Ha tenido alguna escan de medicina nuclear o inyección de tintura para rayos X en la ultima semana? Si No  
 Ha tenido Hiperparatiroidismo o niveles altos de calcio en la sangre? Si No

**Si usted marco si a cualquiera de las preguntas arriba indicadas, por favor hable con nuestra recepcionista.**

1. Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer

2. Etnicidad (marque una):  
 Caucásica (Blanca)  Negra  Aborigen  Asiática  Hispana  Otra

País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Se ha realizado antes un examen de Densidad Ósea? Si No  
 Si su respuesta es SI, cuando y donde? \_\_\_\_\_

4. Ha tenido recientemente cambio en su peso? Si No  
 Si su respuesta es SI, diga cuanto: \_\_\_\_\_

5. Su estatura máxima (durante la adolescencia o como joven adulto): \_\_\_\_\_

6. Se ha roto alguna vez un hueso? Si No

Hueso Roto	Caída simple?	Si no fue una caída simple, por favor describa las circunstancias	Edad en la que ocurrió

7. Alguno de sus padres o parientes ha tenido fractura de cadera de una simple caída o golpe? Si No

8. Alguno de sus padres o parientes han tenido algún otro tipo de fractura de una simple caída o golpe? Si No

9. Cuantas veces se ha caído en el ultimo año? \_\_\_\_\_
10. Alguna vez le han practicado cirugia de columna, cadera, piernas o brazos? Si No  
Si su respuesta es SI, describa que tipo de cirugia y que parte fue la afectada

---



---

11. Esta usted actualmente tomando prednisona o las tomo anteriormente (cortisona)?  
Si, actualmente \_\_\_\_\_ Si, anteriormente \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si su respuesta es SI, por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_  
Cual es la dosis? \_\_\_\_\_mg o \_\_\_\_\_ pastillas por día

12. Enliste las condiciones medicas crónicas que tenga:

---



---



---

13. Esta usted actualmente tomando cualquiera de los siguientes medicamentos o los tomo anteriormente?

	No	Si	Por cuanto tiempo?
Medicamento para epilepsia			
Quimioterapia para cancer			
Medicamento para cancer de próstata			
Medicamento para prevenir rechazo en transplantes			

14. Ha sido tratado (da) con cualquiera de los siguientes medicamentos?

Medicamento	Siempre?	Actualmente?	Si actualmente, esta tomando por cuanto tiempo?
Terapia de Reemplazo Hormonal (Estrógeno)			
Tamoxifen			
Raloxifeno (Evista)			
Testosterona			
Etidronato (Didronel/Didrocal)			
Alendronato (Fosamax)			
Risedronato (Actonel)			
Pamidronato intravenoso (Aredia)			
Clodronato (Bonefos, Ostac)			
Calcitonina (Miacalcin nasal spray)			
PTH (Forteo)			
Acido Zoledronico (Zometa)			
Sodium fluoride (Fluotic)			

15. Cuantas porciones de los siguiente come/toma por dia (en promedio)?

	Leche (full cup)	Jugo de Naranja fortificado con calcio	Yogurt (pequeño)	Queso
Numero de Porciones				

16. Toma suplementos de calcio (incluyendo TUMS)? Si No

17. Toma Suplementos de vitamina D (incluyendo multivitaminas o Aceite de hígado de bacalao)? Si No

18. Fuma? Si No

**Para Mujeres Solamente...**

19. Tiene aun periodos Menstruales? Si No

20. Antes de la menopausia, había tenido irregularidades como falta de periodo por 6 meses o mas, además del embarazo? Si No

21. Ya tuvo la menopausia?  
If yes, at what age? \_\_\_\_\_ Si No

22. Le han practicado la histerectomía? Si No  
 Sis u Respuesta es SI, a que edad? \_\_\_\_\_  
 Le quitaron los dos ovarios? Si No  
 Sis u respuesta es SI, a que edad? \_\_\_\_\_