

## DEXA CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_  
**ID del paciente:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_  
**Altura (cm):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Peso (lb):** \_\_\_\_\_ **Medico remitente:** \_\_\_\_\_  
**Edad de menopausia:** \_\_\_\_\_ **Raza:** \_\_\_\_\_

1. ¿Ha tenido una fractura vertebral o de cadera anterior?
2. ¿Ha tenido alguna fractura, durante su vida adulta, que no se originó debido a un traumatismo importante (p. ej., un accidente automovilístico)?
3. ¿Alguno de sus padres tuvo una fractura de cadera?
4. ¿Fuma?
5. ¿Alguna vez tomó glucocorticoides?
6. ¿Tiene artritis reumatoide?
7. ¿Tiene osteoporosis secundaria?
8. ¿Ingiera 3 o más bebidas alcohólicas por día ?
9. ¿Recibe tratamiento para la osteoporosis?
10. ¿Alguna vez tomó alguno de los siguientes medicamentos?

Actonel (risedronato)	Boniva (ibandronato)
Evista (raloxifeno)	Forteo (hormona paratiroidea)
Fosamax (alendronato)	HRT (terapia hormonal/estrógeno)
Miacalcin (calcitonina)	Protelos (renalato de estroncio)
Reclast (zoledronato)	Prolia (denosumab)
Vitamina D	Calcio

Other - Please specify:

11. ¿Tiene alguno de los siguientes trastornos?

Anorexia o bulimia	Cualquier trastorno convulsivo
Asma o enfisema	Cáncer
Enfermedad renal en etapa terminal	Enfermedades inflamatorias intestinales
Hiperparatiroidismo	Histerectomía

Other - Please Specify:

12. ¿Realiza ejercicio físico con regularidad?
13. ¿Consume productos lácteos con regularidad?
14. ¿Ingiera bebidas con cafeína?

Si es mujer:

16. ¿A qué edad comenzó su período menstrual?
17. ¿Se encuentra en la etapa premenopáusica?
18. ¿Cuántos embarazos a término tubo?
19. ¿Alguna vez no tuvo el período menstrual durante más de 6 meses seguidos (sin incluir el embarazo o la menopausia)?