

Name(last, first): _____ Date of Birth: _____

M F Ethnicity: _____ Menopause age: _____ Height/Weight: _____ / _____

- 1) Have you had a previous hip/spine fracture or surgery? **Yes / No**
- 2) Have you had any fractures during your adult life, which did not result from significant trauma (e.g., auto accident)? **Yes / No**
- 3) Did either of your parents ever have a hip fracture? **Yes / No**
- 4) Do you smoke? **Yes / No**
- 5) Have you ever taken glucocorticoids? **Yes / No**
- 6) Do you have rheumatoid arthritis? **Yes / No**
- 7) Do you have secondary osteoporosis? **Yes / No**
- 8) Are you being treated for osteoporosis? **Yes / No**
- 9) Do you drink 3 or more alcoholic drinks per day? **Yes / No**
- 10) Have you ever taken any of the following medications? **Yes / No**

-Mark appropriate medication

Actonel (risedronate)	Boniva (ibandronate)
Evista (raloxifene)	Forteo (parathyroid hormone)
Fosamax (alendronate)	HRT (estrogen/hormone therapy)
Miacalcin (calcitonin)	Protelos (strontium ranelate)
Reclast (zoledronate)	Prolia (denosumab)
Vitamin D	Calcium

- 11) Do you have any of the following medical conditions? **Yes / No**

-Mark appropriate condition

Anorexia/Bulimia	Cancer
Asthma/Emphysema	Inflammatory Bowel Disease
End Stage Renal Disease	Hysterectomy
Hyperparathyroidism	Other-Please
Seizure Disorder	Specify: _____

- 12) What was your max height? _____
- 13) Do you perform weight bearing exercise regularly? **Yes / No**
- 14) Do you regularly consume dairy products? **Yes / No**
- 15) Do you drink caffeinated beverages? **Yes / No**

Female Only:

- 16) At what age did your period start? _____ 17) Are you premenopausal? **Yes / No**
- 18) How many full-term pregnancies have you had? _____
- 19) Have you ever missed your period for more than 6 months in a row (not including menopause/pregnancy)? **Yes / No**

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. ¿Ingiere 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. ¿Ingiere 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)?