

Nombre: \_\_\_\_\_ Hoy es Fecha: \_\_\_\_\_  
 ID del paciente: \_\_\_\_\_ Derivación Médico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_ F \_\_\_\_ M

***El técnico medirá***

**Altura actual: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Valor de IMC: \_\_\_\_\_ Antebrazo (cm): \_\_\_\_\_**

1. Edad de la menopausia: \_\_\_\_\_
2. ¿Tuvo fracturas o cirugía previas de cadera o vertebras? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
3. ¿Se ha fracturado algún hueso después de los 35 años? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si respondió que sí, ¿qué huesos? \_\_\_\_\_
4. ¿Alguno de sus padres se fracturó alguna vez la cadera? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
5. ¿Actualmente fuma? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
6. ¿Bebe 3 o más tragos de alcohol por día? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
7. ¿Ha tomado alguna medicación esteroide oral durante más de 3 meses alguna vez? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
8. ¿Tiene artritis reumatoidea? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
9. ¿Recibe tratamiento por osteoporosis secundaria? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

10. ¿Tiene alguna de las siguientes afecciones médicas?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anorexia o bulimia                    | <input type="checkbox"/> Algún trastorno de convulsiones       |
| <input type="checkbox"/> Asma o enfisema                       | <input type="checkbox"/> Trastorno inflamatorio de intestino   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal terminal             | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I (insulinodependiente) |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                       | <input type="checkbox"/> Histerectomía/ extracción de ovarios  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Cushing                 | <input type="checkbox"/> Deterioro hepático                    |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de malabsorción              | <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo                   |
| – es decir, enfermedad celíaca                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple                   | <input type="checkbox"/> COPD                                  |
| <input type="checkbox"/> Escorbuto                             | <input type="checkbox"/> Cáncer                                |
| <input type="checkbox"/> Otros – Por favor, especificar: _____ |  |

11. ¿Alguna vez tomó alguno de los siguientes medicamentos?
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actonel (Risedronato)              | <input type="checkbox"/> Boniva (Ibandronato)              |
| <input type="checkbox"/> Evista (Raloxifeno)                | <input type="checkbox"/> Forteo (hormona paratiroidea)     |
| <input type="checkbox"/> Fosamax (Alendronato)              | <input type="checkbox"/> HRT (estrógenos/terapia hormonal) |
| <input type="checkbox"/> Miacalcin (Calcitonina)            | <input type="checkbox"/> Protelos (ranelato de estroncio)  |
| <input type="checkbox"/> Reclast (Zoledronato)              | <input type="checkbox"/> Prolia (Denosumab)                |
| <input type="checkbox"/> Vitamina D                         | <input type="checkbox"/> Calcio                            |
| <input type="checkbox"/> Otros-por favor, especificar _____ |  |

12. ¿Cuál fue su altura máxima (pulgadas)? \_\_\_\_\_
13. ¿Hace ejercicios de resistencia con peso regularmente? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
14. ¿Consume regularmente productos lácteos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
15. ¿Bebe bebidas descafeinadas? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
16. ¿Alguna vez tuvo algún tipo de cáncer, con tratamiento de quimioterapia o radiación? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si respondió que sí, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_  
Enumerar los medicamentos del tratamiento \_\_\_\_\_
17. ¿Está usted en la premenopausia? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
18. ¿Amenorrea? (Ciclo menstrual interrumpido, no asociado con menopausia, embarazo o lactancia) Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_