

HISTORIA de DEXA

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____/_____/_____

ID del paciente: _____ Último DEXA: _____

Alturo actual (pulg): _____ Peso (lbs): _____

Medico remitente: _____ Edad de menopausia: _____

¿Ha tenido un a fractura vertebral o de cadera anterior? Si No

¿Ha tenido una fractura, durante su vida adulta, que no se origino diedo a un traumatismo importants (p. ej., un accidente automovilístico)? Si No

¿Alguno de sus padres tuvo una fractura de cadera? Si No

¿Fuma? Si No

¿Alguna vez tomo Glucocorticoides? Si No

¿Tiene arthriteis rheumatoid? Si No

¿Tiene osteoporosis secundaria? Si No

¿Ingiere 3 o más bebidas alcohólicas por día? Si No

¿Recibe tratamiento para la osteoporosis? Si No

¿Alguna vez tomó alguno de los siguientes medicamentos?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actonel (es decir, risedronato) | <input type="checkbox"/> Prolia (es decir, denosumab) |
| <input type="checkbox"/> Boniva (es decir, ibandronato) | <input type="checkbox"/> Reclast (es decir, zoledronato) |
| <input type="checkbox"/> Vitamina D | <input type="checkbox"/> Forteo (es decir, hormona paratiroidea) |
| <input type="checkbox"/> Calcio | <input type="checkbox"/> Fosamax (es decir, alendronato) |
| <input type="checkbox"/> HRT (es decir, terapia hormonal/estrogeno) | <input type="checkbox"/> Otros, por favor, especifique: _____ |

¿Tiene alguno de los siguientes trastornos?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anorexia o Bulimia | <input type="checkbox"/> Enfermdades inflamatorias intestinales |
| <input type="checkbox"/> Cualquier trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Asma o enfisima | <input type="checkbox"/> Histerectomía |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal |
| <input type="checkbox"/> Otros, por favor, especifique: _____ | |

¿Cuálfue su altura maxima (inches)? _____

¿Realiza ejercicio fisico con regularidad? Si No

¿Consumo producos lacteos con regularidad? Si No

¿Ingiere bebides con cafeina? Si No

Si es Mujer:

¿A que edad comenzo su períod menstrual? _____

¿Se encuentra en la etapa premenopáusica? Si No

¿Cuantos embarazos a término tuvo? _____

¿Alguna vez no tuvo el períod menstrual durante más de 6 meses seguidos (sin incluir el embarazo o la menopausia)? Si No