

NOMBRE: _____ **EDAD DE MENOPAUSIA:** _____ (Si aplica)
ETNICIDAD: _____ **SEXO:** F M
ALTURA: _____ in. **PESO:** _____ lbs.

- | | | |
|--|---|------------------|
| 1. Ha tenido un examen de Medicina Nuclear o examen radiológico con bario en los últimos 7 días? | SI | NO |
| 2. Escribe con la mano derecha o izquierda? | DERECHA | IZQUIERDA |
| 3. Tiene historia de anorexia/bajo peso corporal? | SI | NO |
| 4. Ha perdido altura? | SI | NO |
| 5. Tiene historia de dolor de espalda excesivo? | SI | NO |
| 6. Ha tenido previamente una fractura de cadera o vertebra? | SI | NO |
| 7. Ha tenido fracturas durante su vida adulta que no fueron resultado de un trauma/golpe? | SI | NO |
| 8. Tuvo alguno de sus padres fractura de cadera? | SI | NO |
| 9. Fuma? | SI | NO |
| 10. Ha tomado alguna vez Glucocorticoides y/u otros esteroides? | SI | NO |
| 11. Tiene artritis reumática? | SI | NO |
| 12. Tiene osteoporosis secundaria (osteoporosis debida a medicación/enfermedad o desorden de la salud)? | SI | NO |
| 13. Bebe 3 o mas bebidas alcohólicas por día? | SI | NO |
| 14. Esta siendo tratada por osteoporosis? | SI | NO |
| Si si, que medicación? _____ | | |
| 15. Ha tenido alguna de las siguientes condiciones de la espalda o cadera? Marque todas las que correspondan. | | |
| __ Cirugía de columna | __ Cirugía de cadera | |
| __ Curvatura de la columna | __ Fractura de vértebra | |
| __ Otra – Por favor describa: _____ | | |
| 16. Alguna vez la han diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones? Marque todas las que correspondan. | | |
| __ Hyperparatiroidismo | __ Síndrome de Cushing | |
| __ Síndrome de Turner | __ Síndrome XO | |
| __ Insuficiencia ovárica después de cirugía o radiación | __ Menopausia prematura (antes de los 40) | |
| __ Osteoporosis | __ Disgenesis Gonadal | |
| __ Otra – Por favor describa: _____ | | |
| 17. Consume productos lácteos diariamente? | SI | NO |
| 18. Toma suplementos de calcio? | SI | NO |
| Si si, cuando fue su ultima dosis? _____ | | |
| 19. Bebe bebidas con cafeína? | SI | NO |
| Pacientes mujeres solamente: | | |
| 20. A que edad comenzaron sus periodos? _____ | | |
| 21. Es PREMENOPAUSICA (los ciclos menstruales NO han parado)? | SI | NO |
| 22. Cuantos embarazos llegados a termino tuvo? _____ | | |

Firma: _____

Fecha: _____

Gracias por elegir AAR