ASSOCIATION OF ALEXANDRIA RADIOLOGISTS, PC

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 cafeina? **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

SUBMIT