



Nombre: _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Edad:** _____

Peso: (lb) _____ **Altura actual: (in)** _____ **Raza:** _____

- | | | |
|---|----------|----------|
| 1. Ha tenido una fractura vertebral o de cadera anterior? | Si _____ | No _____ |
| 2. Ha tenido alguna fractura, durante su vida adulta, que no se origino debido a un traumatismo importante (p. ej., un accidente automovilistico) | Si _____ | No _____ |
| 3. Alguno de sus padres tuvo una fractura de cadera? | Si _____ | No _____ |
| 4. Fuma? | Si _____ | No _____ |
| 5. Alguna vez tomo glucocorticoides? | Si _____ | No _____ |
| 6. Tiene artritis reumatoide? | Si _____ | No _____ |
| 7. Tiene osteoporosis secundaria? | Si _____ | No _____ |
| 8. Ingiere 3 o mas bebidas alcoholicas por dia? | Si _____ | No _____ |
| 9. Recibe tratamiento para la osteoporosis? | Si _____ | No _____ |

10. Alguna vez tomo alguno de los siguientes medicamentos?:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Actonel (es decir, risedronate) | <input type="checkbox"/> Boniva (es decir, ibandronate) |
| <input type="checkbox"/> Evista (es decir, raloxifene) | <input type="checkbox"/> Forteo (es decir, parathyroid hormone) |
| <input type="checkbox"/> Fosamax (es decir, alendronate) | <input type="checkbox"/> HRT (es decir, estrogen/hormone therapy) |
| <input type="checkbox"/> Miacalcin (es decir, calcitonin) | <input type="checkbox"/> Protelos (es decir, strontium ranelate) |
| <input type="checkbox"/> Reclast (es decir, zoledronate) | <input type="checkbox"/> Prolia (es decir, denosumab) |
| <input type="checkbox"/> Vitamina D | <input type="checkbox"/> Calcio |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

11. Tiene alguno de los siguientes trastornos?:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anorexia o Bulimia | <input type="checkbox"/> Cualquier trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Asma o Enfisma | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal | <input type="checkbox"/> Enfermedades inflamatorias intestinales |
| <input type="checkbox"/> Hiperparatiroidismo | <input type="checkbox"/> Histerectomia |

12. Cual fue su altura maxima (inches)? _____

13. Realiza ejercicio fisico con regularidad? Si _____ No _____

14. Consume productos lacteos con regularidad? Si _____ No _____

15. Ingiere bebidas con cafeina? Si _____ No _____

Si es mujer:

16. A que edad comenzo su period menstrual? _____

17. Se encuentra en la etapa premenopausica? _____ Si si, que edad? _____

18. Cuantos embarazos a termino tuvo? _____

19. Alguna vez no tuvo el period menstrual durante mas de 6 meses seguidos (sin incluir el embarazo o la menopausia)? Si _____ No _____