



Nombre: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Identificación del paciente: \_\_\_\_\_ SEXO:  F  M

Estatura actual: \_\_\_\_\_ pulgadas Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ libras Origen étnico: \_\_\_\_\_

Edad al inicio de la menopausia: \_\_\_\_\_ Médico que remite: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha tenido anteriormente alguna fractura de cadera, vértebra, sacro o cóccix?  Sí  No
2. ¿Ha sufrido alguna fractura durante su vida adulta que no haya sido consecuencia de un traumatismo significativo, como un accidente automovilístico?  Sí  No
3. ¿Alguno de sus padres se fracturó la cadera alguna vez?  Sí  No
4. ¿Fuma?  Sí  No
5. ¿Ha utilizado alguna vez corticoides que no sean de uso tópico (orales o inhalados), incluidos los glucocorticoides?  Sí  No
6. ¿Tiene artritis reumatoide?  Sí  No
7. ¿Tiene osteoporosis secundaria?  Sí  No
8. ¿Toma 3 o más bebidas alcohólicas por día?  Sí  No
9. ¿Recibe tratamiento para la osteoporosis?  Sí  No

10. ¿Ha utilizado alguna vez o utiliza en la actualidad alguno de los siguientes medicamentos?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Actonel (risedronato)     | <input type="radio"/> Boniva (ibandronato)  |
| <input type="radio"/> Evista (raloxifeno)       | <input type="radio"/> Forteo (hormona paratiroidea)   |
| <input type="radio"/> Fosamax (alendronato)     | <input type="radio"/> Tratamiento hormonal reconstitutivo (estrogenoterapia/hormonoterapia) |
| <input type="radio"/> Miacalcin (calcitonina)   | <input type="radio"/> Protelos (ranelato de estroncio)                                      |
| <input type="radio"/> Reclast (zoledronato)     | <input type="radio"/> Prolia (denosumab)  |
| <input type="radio"/> Vitamina D                | <input type="radio"/> Calcio  |
| <input type="radio"/> Otro (especificar): _____ |   |

11. ¿Tiene alguna de las siguientes afecciones médicas?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Anorexia o bulimia                      | <input type="radio"/> Cáncer                                     |
| <input type="radio"/> Asma o enfisema                         | <input type="radio"/> Enfermedad renal terminal                  |
| <input type="radio"/> Síndrome de Cushing                     | <input type="radio"/> Histerectomía/ooforectomía                 |
| <input type="radio"/> Hiperparatiroidismo                     | <input type="radio"/> Menopausia prematura/insuficiencia ovárica |
| <input type="radio"/> Enfermedades intestinales inflamatorias | <input type="radio"/> Vaginitis atrófica                         |
| <input type="radio"/> Cualquier trastorno convulsivo          |  |

12. ¿Cuál fue su estatura máxima (en pulgadas)?

13. ¿Realiza habitualmente ejercicios con

carga completa del peso corporal?  Sí  No

14. ¿Consume productos lácteos habitualmente?  Sí  No

15. ¿Toma bebidas con cafeína?  Sí  No

**Si es MUJER:**

16. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? \_\_\_\_\_

17. ¿A qué edad dejó de menstruar? \_\_\_\_\_

18. ¿Se encuentra en etapa menopáusica?  Premenopausia  Perimenopausia  Posmenopausia

19. ¿Cuántos embarazos a término ha tenido? \_\_\_\_\_