

# FORMULARIO DEL PACIENTE PARA EXAMEN DE DENSIDAD ÓSEA

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_ ¿Fecha del último examen de densidad ósea? (si corresponde) \_\_\_\_\_

**¿Ha sido tratado con alguno de los siguiente medicamentos?**

CATEGORIA DE MEDICAMENTOS	LISTA DE MEDICAMENTOS (haga un círculo sobre todos los que correspondan)	¿EN EL PASADO? (✓ solo si corresponde)	¿ACTUALMENTE? (✓ solo si corresponde)	¿HACE CUÁNTO TIEMPO DEJÓ DE CONSUMIR?
TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL (HRT)	Progestina de estrógeno			
MODULADORES SELECTIVOS DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENO (SERMS)	Evista (Raloxifeno) Duavee (Bazedoxifeno) Nolvadex/Genox/Tamifen (Tamoxifeno) Fareston (Toremifeno)			
<b>BIFOSFONATOS</b> <b>** (indicar si se toma en píldora o se recibe por inyección)</b>	Fosamax (Alendronate) PÍLDORA o INYECCIÓN Actonel (Risedronate) Reclast/Zometa (Zoledronate) Boniva (Ibandronate) PÍLDORA o INYECCIÓN			
HORMONA PARATIROIDEA (PTH).	Forteo (Teriparatida) Tymlos (Abaloparatida)			
CALCITONINA	Fortical Miacalcin			
ANTICUERPOS MONOCLONALES	Xgeva/Prolia (Denosumab) Evenity (Romosozumab)			

**FACTORES TÉCNICOS (✓ todos los que correspondan):**

- ¿Ha tenido un procedimiento de medicina nuclear en los últimos siete días?
- ¿Le han hecho un procedimiento de rayos X en los últimos a siete días en los que recibió administración oral (bario) o IV (tinte de rayos X)?
- ¿Ha tenido un reemplazo de cadera o una cirugía en la espalda, la cadera o la muñeca donde se usaron varillas o tornillos metálicos? ¿Qué/cuándo?  
\_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez se quebró la espalda o la cadera? ¿Cuándo/qué? \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez le diagnosticaron hiperparatiroidismo primario?
- Derecha  Izquierda ¿Es diestro o zurdo?

**FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA (✓ todos los que correspondan):**

- ¿Ha sufrido una fractura de hueso después de los 50 años (excluyendo manos, pies, huesos faciales o cráneo) de una caída de bajo impacto (es decir, desde la altura de pie o menos)? Especifique los detalles: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tomado esteroides **diariamente durante al menos 3 meses** (prednisona 5 mg o equivalente)?
- ¿Toma 3 o más bebidas alcohólicas al día?
- ¿Fuma tabaco actualmente?
- ¿Alguna vez le diagnosticaron artritis reumatoide?
- ¿Alguno de sus padres se ha quebrado la cadera?

**¿PADECE O TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO PARA LA OSTEOPOROSIS SECUNDARIA (marque todos los que correspondan):**

- Diabetes tipo I  Osteogénesis Imperfecta  Hipertiroidismo/hiperparatiroidismo no tratado
- Hipogonadismo  Enfermedad crónica de hígado  Menopausia prematura antes de los 45 años.
- Síndrome de Cushing  Enfermedad renal en etapa terminal  Desnutrición crónica/malabsorción

**SOLO MUJERES (✓ todas las que correspondan)**

- ¿Aún tiene períodos menstruales?
- ¿Ha pasado por la menopausia? Si es así, ¿a qué edad \_\_\_\_\_?
- ¿Se ha hecho una histerectomía? Si es así, ¿a qué edad \_\_\_\_\_?
- ¿Le han extirpado ambos ovarios? Si es así, ¿a qué edad \_\_\_\_\_?
- ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que esté embarazada?

Firma de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tecnólogo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_