

DIABETES ASSOICATES MEDICAL GROUP

CUESTIONARIO de OSTEOPOROSIS

Nombre paciente: _____

La fecha del Nacimiento: _____

Síntomas-describe y rodea la respuesta correcta

- ¿Fractura anterior del hueso relacionó al trauma? -----Sí/no
- ¿Fractura espontánea anterior del hueso no relacionó al trauma? -----Sí/no
- ¿Ha perdido usted altura en pulgadas? -----Sí/no
- ¿Alguna caída frecuente, el mareo, problemas de visión, corazón irregular golpea (círculo)?
- ¿Alguna historia familiar de osteoporosis? -----Sí/no
- ¿Cualquier familia de fractura? -----Sí/no
- ¿Utilizó usted estrógenos después de menopausia? -----Sí/no
- Indique la duración en años de estrógenos utilice -----
- ¿Toma usted tiroides medicinas, los esteroides, medicinas de toma (círculo)? -----Sí/no
- Indique la duración en años del uso de medicinas de tiroides -----
- ¿Es usted Caucásico o asiático? -----Sí/no
- ¿Ejercita usted regularmente? -----Sí/no
- ¿Qué tipo de ejercicio y cuán con frecuencia le hace ejercita? -----
- ¿Bebe usted más de 2 cafés por día? -----Sí/no
- ¿Bebe usted más de 2 alcohólico bebe un día? -----Sí/no
- ¿Le hace fuma cigarets? -----Sí/no
- ¿Tiene usted intolerancia de lactosa? -----Sí/no
- ¿Bebe usted leche o toma productos lácteos regularmente? -----Sí/no
- ¿Toma usted calcio diariamente? -----Sí/no
- ¿Toma usted vitamina D diariamente? -----Sí/no
- ¿Tiene usted el reúma articular? -----Sí/no
- ¿Tiene usted Lupus? -----Sí/no
- ¿Tiene usted la enfermedad suprarrenal de glándula? -----Sí/no
- ¿Le hace cálculos renales? -----Sí/no
- ¿Tiene usted diarrea crónica? -----Sí/no
- ¿Ha tenido usted gástrico evita o la cirugia intestinal? -----Sí/no
- ¿Cualquier historia de úlcera de estómago? -----Sí/no
- ¿Cualquier dificultad que traga? -----Sí/no
- Para hembras algún menstruio irregular, frecuente menos menstruio -- la edad de sí/no o estado en menopausia -----
- Para machos cualquier historia de testosterona baja -----Sí/no
- Nombre de Pharamacy -----
- Número de teléfono de Pharamacy -----
- Número de fax de Pharamacy -----
- Liste todo usted medicinas -----
-
-
-