

UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICAL CENTER RADIOLOGY
Bone Density Questionnaire / Cuestionario de Densidad Osea

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___
Doctor _____

Altura (la más alta)/Tallest Height ___' ___" Altura actual/Current Height ___' ___" Peso actual/Current Weight
___ lbs. Etnicidad/Ethnic Group _____

Condiciones crónicas/enfermedades - Chronic conditions/illnesses: *por favor marcar todas aquellas que se aplique / please check all that apply*

- Osteoporosis Cushing's Disease Malabsorción intestinal / Intestinal Malabsorption
- Tiroidismo hiperactivo / Hyperactive Thyroidism Addison's Disease Malabsorción de calcio / Calcium Malabsorption
- Hiperparatiroidismo / Hyperparathyroidism Anorexia o Bulimia Osteomalacia
- Enfermedad de Paget's / Disease Trasplante de órgano/Organ Transplant
 Deficiencia de Vitamina D/Vitamin D Deficiency
- Enfermedad de Grave's / Disease Enfermedad de Crohn's / Disease
 Chronic Kidney Dysfunction
- Enfermedad de Hashimoto's / Disease Ulcerative Colitis Enfermedad inflamatoria de los intestinos / Inflammatory Bowel Disease

Preguntas para las mujeres / Female questions: *por favor marcar todas aquellas que se aplique / please check all that apply*

- He pasado por menopausia / I have gone through menopause. *Si es así, a qué edad?/If true, at what age?* _____
- Mis períodos son algo irregulares y puedo estar en perimenopausia / My periods are somewhat irregular and I may be in perimenopause.
- Mi doctor piensa que puedo necesitar suplementos de estrógeno / My doctor thinks I may need estrogen supplements.
- He tenido cáncer a los senos / I have had breast cancer.
- Tengo historial en mi familia de cáncer a los senos / I have a family history of breast cancer.
- He tenido una histerectomía / I had a hysterectomy. *Si es así, a qué edad?/If true, at what age?* _____
- He tenido **uno/dos** (marque 1) de mis ovarios extirpados quirúrgicamente / I had **one / both** (circle 1) of my ovaries surgically removed. *Si es así, a qué edad?/If true, at what age?* _____
- Previamente a la menopausia, mis períodos eran frecuentemente irregulares / Previous to menopause, my periods were often irregular.

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

BONE DENSITY QUESTIONNAIRE

PAGE 1 OF 2

U2761

U2761

WHITE - MEDICAL RECORD

UH2761 REV NOV 12



Qué medicamentos ha tomado? / What medications have you taken? *por favor marcar todas aquellas que se aplique / please check all that apply*

- He tomado ESTEROIDES (*PREDNISONA*) / I have taken STEROIDS.
- He tomado PASTILLAS PARA LA TIROIDES / I have taken THYROID PILLS.
- He tomado / I have taken DILANTIN o/or PHENOBARBITAL.
- He tomado / I have taken HEPARIN.
- He tomado / I have taken FOSAMAX.
- He tomado / I have taken MIACALCIN or CALIMAR.
- He tomado / I have taken EVISTA.
- He tomado / I have taken ESTROGEN (*Premarin, Estrogen Patch, etc.*)

POR FAVOR VOLTEAR LA PAGINA Y COMPLETAR LA PARTE DE ATRAS / PLEASE TURN THE PAPER OVER AND COMPLETE THE BACKSIDE

FIRMA DEL PACIENTE / PATIENT SIGNATURE	NOMBRE EN IMPRENTA / PRINT NAME	FECHA / DATE	HORA / TIME
--	---------------------------------	--------------	-------------

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

BONE DENSITY QUESTIONNAIRE

PAGE 2 OF 2

U2761

U2761

WHITE - MEDICAL RECORD

UH2761 REV NOV 12





Hábitos que tienen efecto en los huesos / Habits that effect bone: *por favor marcar todas aquellas que se aplique / please check all that apply*

- Yo tomo suplementos de calcio por lo menos 3-4 veces por semana / I take calcium supplements at least 3 – 4 times per week. Si es así, cuál es la dosis / If so, what is the dosage _____
- Yo como alimentos ricos en calcio todos los días / I eat calcium rich foods every day.
- Yo no puedo tolerar productos lácteos / I am unable to tolerate milk products.
- Yo raramente consumo productos lácteos / I seldom consume milk products.

Por semana / Per week,

Yo hago ejercicios / I exercise: (marcar una / circle one) 0 / semana/week 1 - 2 / semana/week 3 – 4 / semana/week 5 - 6 / semana/week 7 / semana/week

Factores de Riesgo / Risk Factors: *por favor marcar todas aquellas que se aplique / please check all that apply*

- He perdido más de 1 pulgada en altura / I have lost more than 1 inch in height.
- He perdido un poco de huesos diagnosticado previamente por rayos-X / I had some bone loss diagnosed previously from an x-ray.
- Mi espalda se ha encorvado en la parte de arriba / I have developed a curved upper back (“Dowager’s Hump”)
- Estoy discapacitado/a e inmóvil / I am disabled and immobilized.
- Me he caído más de 1 vez este año / I have fallen more than 1 time this year.
- He tenido huesos rotos en los últimos 5 años / I have had a broken bone(s) in the last 5 years.

Si es verdadero / If true,

Qué huesos? / Which bones? _____

Cómo paso? / How did it happen? _____

FRAX: *por favor marcar todas aquellas que se aplique / please check all that apply*

- En promedio, yo tomo 3 o más bebidas alcohólicas al día / On average, I drink 3 or more alcoholic beverage per day.
(12 oz Cerveza/Beer, 5 oz Vino/Wine, 1.5 oz Spirits)
- Mi mamá o mi papá se fracturaron la cadera / My mother or father broke or fractured their hip.
- He tomado Prednisone, Cortisone o un glucocorticoesteroide por más de 3 meses / I have taken Prednisone, Cortisone, or a glucocorticosteroid for longer than 3 months.
- Como adulto, me he roto, fracturado o rajado un hueso / As an adult, I have broken, fractured, or cracked a bone.

FIRMA DEL PACIENTE / PATIENT SIGNATURE	NOMBRE EN IMPRENTA / PRINT NAME	FECHA / DATE	HORA / TIME
--	---------------------------------	--------------	-------------

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine
Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

**BONE DENSITY QUESTIONNAIRE
PAGE 2 OF 2**

U2761

U2761

WHITE - MEDICAL RECORD

UH2761 REV NOV 12





(no contar huesos de la cabeza, cuello, manos, pies o rótula, o fracturas por un accidente de auto / do not count bones in the head, neck, hands, feet or knee cap, or fractures from a car accident)

He tenido un problema médico serio con mi hígado, riñones, intestinos, pulmones, hormonas / I have a serious medical problem with my liver, kidneys, intestines, lungs, blood, hormones

Mi doctor me ha dicho que tengo enfermedad reumatoidea / My doctor has told me that I have rheumatoid disease.

Actualmente fumo cigarros / I currently smoke cigarettes.

**GRACIAS POR TOMAR EL TIEMPO PARA RESPONDER ESTE CUESTIONARIO
THANK YOU FOR TAKING THE TIME TO COMPLETE THIS QUESTIONNAIRE**

FIRMA DEL PACIENTE / PATIENT SIGNATURE	NOMBRE EN IMPRENTA / PRINT NAME	FECHA / DATE	HORA / TIME
--	---------------------------------	--------------	-------------

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine

Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

BONE DENSITY QUESTIONNAIRE

PAGE 2 OF 2

U2761

U2761

WHITE - MEDICAL RECORD

UH2761 REV NOV 12

