

UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICAL CENTER – ROOSEVELT RADIOLOGY  
**Bone Density Questionnaire – Cuestionario de densidad ósea**

**SPANISH**

Name \_\_\_\_\_ Birthday \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Current Height \_\_\_\_\_ Current Weight \_\_\_\_\_ lbs.  
Estatura actual \_\_\_\_\_ Peso actual \_\_\_\_\_ lb

What is your ethnic group? **WHITE / BLACK / HISPANIC / ASIAN / OTHER** (circle one)  
¿Cuál es su grupo étnico? **BLANCO / NEGRO / LATINO o HISPANO / ASIÁTICO / OTRO** (circule uno)

- Yes/Sí  No Are you pregnant?  
¿Está embarazada?
- Yes/Sí  No Is there metal in your Lumbar Spine (lower back)?  
¿Tiene metal en la columna lumbar (la cintura)?
- Yes/Sí  No Is there metal in either hip?  
¿Tiene metal en alguna cadera?
- Yes/Sí  No Do you have hyperparathyroidism?  
¿Tiene hiperparatiroidismo?
- Yes/Sí  No Have you had a barium study in the past 10 days?  
¿Le han hecho un examen con bario en los últimos 10 días?
- Yes/Sí  No On average, do you consume more than 2 alcoholic beverages per day?  
(12 oz. beer, 5 oz. wine, 1.5 oz. spirits)  
¿Toma usted un promedio de más que 2 bebidas alcohólicas al día?  
(12 oz de cerveza, 5 oz de vino, o 1.5 oz de licor)
- Yes/Sí  No Does your mother or father have a history of hip fracture?  
¿Su madre o padre tienen historial de fractura de cadera?
- Yes/Sí  No Have you taken oral Prednisone, or other glucocorticoids, for more than 3 months at a dose  
of 5mg or more daily?  
¿Ha tomado prednisona oral u otros glucocorticoides con una dosis de 5mg o superior  
todos los días por más de 3 meses?
- Yes/Sí  No Do you have a history of fracture in your adult life? (Do not count bones in the head, neck,  
hands, feet, or knee cap, or fractures from car accidents or other high impact traumas)  
¿Tiene antecedentes de haberse fracturado un hueso como adulto? (No incluya los huesos de  
la cabeza, el cuello, las manos o los pies, la rótula, o las fracturas que resultaron de accidentes de  
tráfico u otros traumas de alto impacto)
- Yes/Sí  No Do you have a confirmed diagnosis of Rheumatoid Arthritis?  
¿Tiene usted un diagnóstico confirmado de artritis reumatoide?
- Yes/Sí  No Do you currently smoke tobacco?  
¿Fuma usted actualmente tabaco?

PLACE PATIENT LABEL HERE

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

**BONE DENSITY QUESTIONNAIRE - SP**

Page 1 of 1



\*U2761\*

UH2761SP REV MAY 19