

Osteoporosis Patient Questionnaire

Cuestionario del Paciente

Name (<i>Nombre</i>):	Date of Birth (<i>Fecha de Nacimiento</i>):	Gender (<i>género</i>)
Current height? <i>La altura actual?</i>	Current weight? <i>Peso actual?</i>	Tallest height of your life? <i>Más alto de la altura de tu vida?</i>
Ethnicity? <i>Origen étnico?</i>	Asian (<i>Asia</i>)	Black (<i>Negro</i>)
	White (<i>Caucásico</i>)	Hispanic (<i>Hispano</i>)

• What are you currently taking for Calcium? How much?
¿Qué estás tomando actualmente para el calcio? ¿Cuánto?
(example/ *ejemplo*: Caltrate, Citracal, Oscal, Tums, milk (*leche*), yogurt (*yogur*), leafy green vegetables (*verduras de hoja verde*))

• Have you ever had a fracture as an adult? When and which bone? *¿Alguna vez ha tenido una fractura en la edad adulta?*

• Have any of your parents ever had a fractured hip? *¿Alguno de sus padres ha tenido una fractura de cadera?*

• Do you currently smoke cigarettes? Did you smoke cigarettes in the past?
¿Actualmente, fuma cigarrillos? ¿Has fumado cigarrillos en el pasado?

• Have you ever taken steroid pills (e.g. prednisone) for more than three (3) months? *¿Alguna vez ha tomado píldoras de esteroides por más de tres (3) meses?*

• Do you have Rheumatoid Arthritis or Lupus? *¿Tiene artritis reumatoide o lupus?*

• Do you have any of the below conditions?: *¿Tienes alguno de estos?:*

Insulin-dependent Diabetes <i>diabetes dependiente de insulina</i>	Untreated or uncontrolled Hyperthyroidism <i>hipertiroidismo sin tratamiento o sin control</i>	Premature menopause (earlier than 45 years old), <i>menopausia precoz (antes de los 45 años de edad),</i>	Chronic Malnutrition <i>desnutrición crónica</i>	Chronic Liver Disease <i>enfermedad hepática crónica</i>
---	---	--	---	--

• Do you have more than two (2) alcoholic drinks each day?
One alcoholic drink is similar to a glass of beer, or a “shot” of liquor, or a glass of wine.
¿Toma usted más de dos (2) las bebidas alcohólicas cada día?
Una bebida alcohólica es similar a un vaso de cerveza, o un "trago" de licor o una copa de vino.

• When was your most recent Bone Density (DEXA) Scan? *¿Cuándo fue la exploración más reciente de la densidad ósea (DEXA)?*

• Have you ever had osteoporosis treatment? For how long or how many times? *¿Ha tenido tratamiento de la osteoporosis?*

<u>Fosamax</u> daily/ <i>diario</i>	<u>Actonel</u> daily/ <i>diario</i>	<u>Boniva</u> monthly pill / <i>píldora mensual</i>	<u>Reclast</u> intravenous yearly/ <i>anual por vía intravenosa</i>	<u>Forteo</u> skin injection daily/ <i>inyección de la piel diario</i>
<u>Fosamax</u> weekly/ <i>semanal</i>	<u>Actonel</u> weekly/ <i>semanal</i>	<u>Boniva</u> intravenous every 3 months/ <i>intravenosa cada 3 meses</i>	<u>Zometa</u> intravenous yearly/ <i>anual por vía intravenosa</i>	<u>Hormone Therapy</u> / <i>hormonas</i>
<u>Evista</u> daily/ <i>diario</i>	<u>Actonel</u> monthly/ <i>píldora mensual</i>	<u>Miacalcin</u> spray daily/ <i>aerosol diario</i>	<u>Aredia</u> intravenous every 3 months/ <i>intravenosa cada 3 meses</i>	<u>Chronic antacids</u> / <i>otros</i>