



Centro Jean Mayer de Investigación de la Nutrición Humana del Envejecimiento en la  
Universidad Tufts



## CUESTIONARIO DEL ESTUDIO: DENSIDAD MINERAL ÓSEA

HNRC#: \_\_\_\_\_ PR # \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Día Año

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren a su lugar de residencia e historial migratorio durante los pasados años.

## 10 años

**1a.** Basándose en los **pasados diez años**, ¿Durante cuantos años o meses ha vivido Ud en el noreste de los Estados Unidos (Massachussets, Nueva York, etc)?

\_\_\_\_\_ años          \_\_\_\_\_ meses

**1b.** Basándose en los **pasados diez años**, ¿Durante cuantos años o meses ha vivido Ud en Puerto Rico, en el sur de los Estados Unidos, u otra área de clima similar?

\_\_\_\_\_ años          \_\_\_\_\_ meses

## Pasado año (12 meses)

**2a.** En el **pasado (1) año**, cuantos meses ha vivido Ud en el noreste de los Estados Unidos (Massachussets, Nueva York, etc)?

\_\_\_\_\_ meses

**2b.** En el **pasado (1) año**, cuantos meses ha vivido Ud en Puerto Rico, el sur de los Estados Unidos, u otra área de clima similar?

\_\_\_\_\_ meses

**3.** Durante el verano, en promedio ¿Cuántas horas a la semana pasa Ud afuera? **(NO incluya el tiempo que pasa dentro de vehículos / carros / autobuses)**

\_\_\_\_\_ horas por día (Si "No Sabe", marque "98")

\_\_\_\_\_ horas por semana

**4a.** Durante el verano, cuando Ud está afuera, ¿Qué partes de su piel son expuestas al sol **usualmente?** (Marque una opción solamente)

- a. cara solamente
- b. cara y manos
- c. cara, manos, y brazos
- d. cara, manos, brazos y piernas
- e. No Aplica

**4b.** Cuando Ud sale, ¿Usualmente usa crema de protección solar ("sunscreen" / SPF)?

- 0 = No
- 1 = Si
- 98 = No Sabe
- 99 = No Aplica

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren a caídas y fracturas que Ud puede haber sufrido en el pasado.

5. Durante el **pasado año**, ¿Ha sufrido Ud una caída al suelo accidentalmente?  
**(Marque "0 = No" si el accidente ocurrió durante una actividad deportiva)**  
 0 = No **(Si "No", pase a la pregunta #8)**  
 1 = Si **(Si "Si", continúe con la pregunta #6)**  
 98 = No Sabe **(Si "No Sabe", continúe con la pregunta #6)**

6. Si **"Si"** o **"No Sabe"**: ¿Cuántas veces durante el **pasado año** sufrió Ud (o cree que sufrió) una caída?  
 \_\_\_\_\_ veces

7. ¿Alguna de sus caídas en el **pasado año** resultó en lo siguiente...?

	<b>Resultado</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe</b>
<b>a.</b>	Fractura	1	0	98
<b>b.</b>	Cortada en la piel	1	0	98
<b>c.</b>	Golpe a la cabeza que requirió atención médica	1	0	98
<b>d.</b>	Dislocación	1	0	98
<b>e.</b>	Morete / morado, esguince (torcedura de ligamentos), o cortada sin requerir intervención médica	1	0	98

8. Desde los **20 años hasta ahora**, ¿Alguna vez su médico le dijo que Ud sufrió una fractura o ruptura de hueso?

0 = No **(Si "No", pase a la pregunta #10)**  
 1 = Si **(Si "Si", continúe con la pregunta #9)**  
 98 = No Sabe **(Si "No Sabe", continúe la pregunta #9)**

9. ¿En cuál de los siguientes huesos sufrió Ud (o, cree que el médico le dijo que sufrió) una ruptura y a qué edad?

**(Si hubo ruptura en un mismo hueso más de una vez, indique la edad a la primera ruptura).**

**(Especifique lado izquierdo o derecho en la casilla adecuada)**

**(Si no sabe el lado marque "98" en las casillas "Izquierda" y "Derecha")**

**(Si no sabe la edad marque "98" en la casilla "Edad")**

	<b>Hueso</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Izquierda</b>	<b>Derecha</b>	<b>Edad de 1era ruptura</b>
<b>a.</b>	Cadera	1	0			
<b>b.</b>	Humero (hueso del brazo arriba del codo)	1	0			
<b>c.</b>	Cúbito o radio (huesos del antebrazo abajo del codo), o muñeca	1	0			
<b>d.</b>	Mano	1	0			
<b>e.</b>	Clavícula	1	0			
<b>f.</b>	Columna vertebral	1	0			
<b>g.</b>	Pelvis	1	0			
<b>h.</b>	Pierna	1	0			
<b>i.</b>	Pie	1	0			
<b>j.</b>	Dedo(s) del pie	1	0			
<b>k.</b>	Otro; especifique: _____	1	0			

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren a caídas y fracturas que algún miembro de su familia puede haber sufrido después de los 20 años.

**10.** ¿Alguna vez su madre sufrió ruptura de algún hueso después de los 20 años?  
(Refiérase a su madre biológica)

0 = No (Si "No" pase a la pregunta #11)

1 = Si

98 = No Sabe (Si "No Sabe" pase a la pregunta #11)

**10a.** Si "Si": Por favor indique cada hueso en el cual su madre sufrió la ruptura y la edad en la cual la ruptura ocurrió.

(Si hubo ruptura en un mismo hueso más de una vez, indique la edad a la primera ruptura).

(Especifique lado izquierdo o derecho en la casilla adecuada)

(Si no sabe el lado marque "98" en las casillas "Izquierda" y "Derecha")

(Si no sabe la edad marque "98" en la casilla "Edad")

	Hueso	Si	No	Izquierda	Derecha	Edad (de primera ruptura)
a.	Cadera	1	0			
b.	Humero (hueso del brazo arriba del codo)	1	0			
c.	Cúbito o radio (huesos del antebrazo abajo del codo), o muñeca	1	0			
d.	Mano	1	0			
e.	Clavícula	1	0			
f.	Columna vertebral	1	0			
g.	Pelvis	1	0			
h.	Pierna	1	0			
i.	Pie	1	0			
j.	Dedo(s) del pie	1	0			
k.	Otro; especifique: _____	1	0			

**11.** ¿Alguna vez su padre sufrió ruptura de algún hueso después de los 20 años?  
(Refiérase a su padre biológico)

0 = No (Si "No" pase a la pregunta #12)

1 = Si

98 = No Sabe (Si "No Sabe" pase a la pregunta #12)

**11a.** Si "Si": Por favor indique cada hueso en el cual su padre sufrió la ruptura y la edad en la cual la ruptura ocurrió.

(Si hubo ruptura en un mismo hueso más de una vez, indique la edad a la primera ruptura).

(Especifique lado izquierdo o derecho en la casilla adecuada)

(Si no sabe el lado marque "98" en las casillas "Izquierda" y "Derecha")

(Si no sabe la edad marque "98" en la casilla "Edad")

	Hueso	Si	No	Izquierda	Derecha	Edad (de prima ruptura)
a.	Cadera	1	0			
b.	Humero (hueso del brazo arriba del codo)	1	0			
c.	Cúbito o radio (huesos del antebrazo abajo del codo), o muñeca	1	0			
d.	Mano	1	0			
e.	Clavícula	1	0			
f.	Columna vertebral	1	0			
g.	Pelvis	1	0			
h.	Pierna	1	0			
i.	Pie	1	0			
j.	Dedo(s) del pie	1	0			
k.	Otro; especifique: _____	1	0			

**12.** ¿Cuántas hermanas biológicas tiene Ud? **(Incluya aquellas que no viven más. NO incluya hermanastras, hermanas por adopción, o hermanas que no sean de relación biológica)**

\_\_\_\_\_ hermanas **(Si cero, marque "0" y pase a la pregunta #13)**

**12a.** ¿Alguna de sus hermanas biológicas sufrió fractura o ruptura de la cadera después de los 20 años?

0 = No  
1 = Si  
98 = No Sabe

**12b.** ¿Alguna de sus hermanas biológicas sufrió fractura o ruptura de la muñeca o el antebrazo después de los 20 años?

0 = No  
1 = Si  
98 = No Sabe

**13.** ¿Cuántos hermanos biológicos tiene Ud?**(Incluya aquellos que no viven más. NO incluya hermanastros, hermanos por adopción, o hermanos que no sean de relación biológica)**

\_\_\_\_\_ hermanos **(Si cero, marque "0" y pase a la pregunta #14)**

**13a.** ¿Alguno de sus hermanos biológicos sufrió fractura o ruptura de la cadera después de los 20 años?

0 = No  
1 = Si  
98 = No Sabe

**13b.** ¿Alguno de sus hermanos biológicos sufrió fractura o ruptura de la muñeca o el antebrazo después de los 20 años?

0 = No  
1 = Si  
98 = No Sabe

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren a su peso y talla / estatura, y medicamentos bajo receta médica que Ud puede haber tomado como tratamiento de ciertas condiciones médicas.

**14.** ¿Cuál era su peso usual a la edad de 25?  
**(Mujeres: NO incluya su peso durante el embarazo. Si no recuerda, dé su mejor estimación)**

\_\_\_\_\_ lbs.

**15.** ¿Cuál era su talla / estatura, sin zapatos, a la edad de 25?  
**(Si no recuerda, dé su mejor estimación)**

\_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

**16.** ¿Cuál era su peso usual a la edad de 50?  
**(Mujeres: NO incluya su peso durante el embarazo. Si no recuerda, dé su mejor estimación)**

\_\_\_\_\_ lbs. **(Si la edad actual del Sujeto es menor de 50 años, marque "999")**

17. ¿Está Ud actualmente tomando alguno de los siguientes medicamentos bajo receta médica como tratamiento para la osteoporosis?

	Nombre del Medicamento	No	Si	Tiempo de Uso		
a.	Calcitonina <i>por inyección</i> (Calcinar, Miacalcin)	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
b.	Calcitonina <i>nasal</i> (Miacalcin)	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
c.	Fosamax (Alendronate)	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
d.	Didronal (Etidronate)	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
e.	Calcio + Vitamina D	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
f.	Calcio	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
g.	Vitamina D	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
h.	Aceite de hígado de bacalao	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
i.	Otro: _____	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs

**MUJERES únicamente**

18. ¿Está Ud actualmente tomando alguna de las siguientes preparaciones de estrógeno, por vía oral o por parche? (No incluya cremas vaginales)

	Nombre del Medicamento	No	Si	Tiempo de Uso		
a.	Premarin	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
b.	Prempro	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
c.	Premphase	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
d.	Estratab	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
e.	Menest	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
f.	Estrace	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
g.	Ogen, Ortho-Est	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
h.	Estraderm, Vivelle	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
i.	Evista	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs
j.	Otro; especifique: _____	0	1	1. <1yr	2. 1-5yrs	3. >5yrs

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas se refieren al síndrome de piernas inquietas y patrones de dormir.

19a. ¿Tiene Ud sensaciones desagradables en sus piernas (como hormigueo en las piernas, corriente eléctrica o ardor), combinado con un sentimiento de urgencia o necesidad de mover sus piernas?

0 = No (si "No", pase a la pregunta #20)  
1 = Si

19b. ¿Ocurren estas sensaciones/síntomas solamente cuando Ud descansa?

0 = No (si "No", pase a la pregunta #20)  
1 = Si

19c. ¿Estas sensaciones/síntomas mejoran con moverse?

0 = No (si "No", pase a la pregunta #20)  
1 = Si

**19d.** ¿Estas sensaciones/síntomas son peor en la noche comparado a la mañana?

- 0 = No (*si "No", pase a la pregunta #20*)
- 1 = Si

**19e.** ¿Con qué frecuencia ocurren estas sensaciones/síntomas?

- 1 = Menos de una vez al mes / Una vez al mes
- 2 = 2-4 veces al mes
- 3 = 2-3 veces a la semana
- 4 = 4-5 veces a la semana
- 5 = 6-7 veces a la semana

**20a.** Por favor indique el número de horas total que Ud verdaderamente duerme, típicamente, en un período de 24 horas:

- 1 = 5 horas o menos
- 2 = 6 horas
- 3 = 7 horas
- 4 = 8 horas
- 5 = 9 horas
- 6 = 10 horas o más

**20b.** ¿A qué hora se va Ud usualmente a la cama?

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ a.m. / p.m.

**20c.** Las siguientes preguntas exploran sus patrones de dormir:

	<i>La Mayor Parte del Tiempo</i>	<i>A Veces</i>	<i>Casi Nunca o Nunca</i>
¿Con qué frecuencia tiene Ud dificultad para quedar dormido(a)?	2	1	0
¿Con qué frecuencia tiene Ud problema con despertarse durante la noche?	2	1	0
¿Con qué frecuencia tiene Ud problema con despertarse demasiado temprano en la mañana y no poder volver a quedar dormido(a)?	2	1	0
¿Con qué frecuencia se siente Ud tan soñoliento(a) ("sleepy") durante el día o la noche que necesita dormir siesta?	2	1	0
¿Con qué frecuencia se siente Ud verdaderamente descansado(a) cuando se levanta por las mañanas?	0	1	2

**20d.** ¿Ud ronca? (**si tiene pareja o comparte el dormitorio con otra persona, por favor pregúntele a el/ella**)

- 1 = Todas las noches
- 2 = La mayoría de las noches
- 3 = Pocas noches a la semana
- 4 = Ocasionalmente
- 5 = Casi nunca

**20e.** ¿Respondió Ud la pregunta anterior sobre roncar después de preguntarle a su pareja o compañero(a) de dormitorio?

- 1 = Si
- 0 = No

**¡Muchas gracias por su participación!**