



MEDICAL
and
SURGICAL
CLINIC of
IRVING

Cuestionario para Pacientes Bariátricos

Nombre: _____ Sexo: Masc. Fem. Edad: _____

Dirección, calle: _____

Ciudad/Estado/C.P.: _____

Tel. particular: () _____ Tel. trabajo: () _____ Cel./otro: () _____

Peso: _____ Altura: _____ Fecha nacimiento: _____

Intentos anteriores para bajar de peso:

¿Cuántos años lleva de sobrepeso? _____

Programas y suplementos dietéticos: (indique cuáles de las siguientes dietas o planes intentó)

Programa	Fechas	Duración	¿Supervisado por Dr.?	Pérdida de peso
Weight Watchers	_____	_____	_____	_____
Jenny Craig	_____	_____	_____	_____
Metabolife	_____	_____	_____	_____
Medifast	_____	_____	_____	_____
Nutri/System	_____	_____	_____	_____
Atkins Diet	_____	_____	_____	_____
Herbalife	_____	_____	_____	_____
Slim Fast	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____

Historial de medicamentos para perder peso: indique si tomó alguno de los siguientes medicamentos

Medicamento:	Fechas	Duración	¿Supervisado por Dr.?	Pérdida de peso
Anfetaminas	_____	_____	_____	_____
Fentermina (Adipex, Fastin, Pondimen)	_____	_____	_____	_____
Fenfluramina/fentermina	_____	_____	_____	_____
Dexfenfluramina (Redux)	_____	_____	_____	_____
Xenical (Orlistat)	_____	_____	_____	_____
Otros medic. dietéticos:	_____	_____	_____	_____



Incluya todo otro método para perder peso que haya intentado: _____

Cirugía para perder peso anterior: Sí No

Tipo de cirugía para perder peso	Fecha	Cirujano	Pérdida de peso

Historial médico relacionado con la obesidad:

¿Sufre o sufrió alguna vez alguna de las siguientes enfermedades o síntomas?

Enfermedad cardíaca No Sí

En caso afirmativo, el año del diagnóstico: _____

Sufre o sufrió alguna vez:

- Angina de pecho
- Ataque cardíaco, infarto de miocardio
- Cirugía de bypass coronario
- Angioplastia coronaria
- Palpitaciones (latidos anormales)

Insuficiencia cardíaca congestiva: No Sí

En caso afirmativo, el año del diagnóstico: _____

Hipertensión No Sí

En caso afirmativo, el año del diagnóstico: _____

Colesterol alto No Sí Triglicéridos altos No Sí

En caso afirmativo, el año del diagnóstico: _____



Diabetes No Sí

En caso afirmativo, el año del diagnóstico: _____

- Juvenil
- Gestacional (embarazo)
- Adulto

Controlada con dieta No Sí
 Medicamentos orales No Sí
 Insulina No Sí

Asma No Sí

En caso afirmativo, el año del diagnóstico: _____

Falta de aire No Sí

En caso afirmativo, caminar _____ manzanas
 puede: subir _____ escalones

Apnea del sueño No Sí

En caso afirmativo, ¿utiliza una máquina CPAP o BiPAP? No Sí

Dificultades del sueño:

- ronquidos No Sí
- despertarse durante la noche No Sí
- somnolencia diurna No Sí
- episodios de apnea observados No Sí
- dolores de cabeza matutinos No Sí

Reflujo/acidez/esofagitis/hernia hiatal No Sí

En caso afirmativo, el año del diagnóstico: _____

Medicamentos bajo receta: No Sí
 Medicamentos de venta libre: No Sí
 Frecuencia de uso: _____
 Endoscopía: No Sí

Estasis venosa No Sí

Inflamación/edema de piernas o tobillos No Sí
 Ulceración de las piernas No Sí
 Cambio del color de la piel o engrosamiento de las piernas No Sí

Dolor o artritis de tobillos/rodillas/cadera No Sí

Limita la capacidad de caminar o hacer ejercicios No Sí
 Medicamentos bajo receta: No Sí
 Medicamentos de venta libre: No Sí



Cuestionario para Pacientes Bariátricos

Lumbago/ciática

- No Sí
- Limita la capacidad de caminar o hacer ejercicios No Sí
- Medicamentos bajo receta: No Sí
- Medicamentos de venta libre: No Sí

Incontinencia urinaria (pérdida de orina)

- No Sí
- Con tos/estornudos/esfuerzo: No Sí
- Cantidad de veces por semana: _____

Migraña/dolor de cabeza

- No Sí
- Frecuencia: _____
- Medicamentos bajo receta: No Sí
- Medicamentos de venta libre: No Sí

Trombosis venosa profunda (coágulos en las piernas)

- No Sí
- En caso afirmativo, el año del diagnóstico: _____
- Embolia pulmonar No Sí
- Medicación anticoagulante No Sí

Hernia de la pared abdominal

- No Sí
- Incisional No Sí
- Umbilical (ombligo) No Sí
- Cantidad y fechas de reparaciones de hernias: _____
- Hernia presente actualmente No Sí

Irregularidades menstruales

- No Sí
- Infertilidad No Sí N/A

Historial médico anterior:

Incluya todo otro problema médico o enfermedad que no haya mencionado previamente:



Historial quirúrgico anterior:

Incluya todos los procedimientos quirúrgicos u operaciones:

Procedimiento	Indicación	Hospital	Fecha

¿Es alérgico a algún medicamento?

No Sí

En caso afirmativo, haga una lista de los medicamentos y reacciones (por ejemplo, sarpullido, dificultad para respirar, shock, etc.):

Medicamentos: haga o adjunte una lista de los medicamentos

Nombre	Dosis	Frecuencia



Antecedentes familiares: (indique si algún miembro de la familia padece alguna de las siguientes enfermedades)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar o enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo |
| <input type="checkbox"/> ACV | <input type="checkbox"/> Otros cánceres | <input type="checkbox"/> Tendencia al sangrado |

Antecedentes sociales:

- Estado civil:** Soltero Casado Divorciado
- Hijos:** No Sí **Cantidad:** _____
- Ocupación:** _____
- ¿Fuma tabaco?** No Sí
En caso afirmativo, cantidad de paquetes por día: _____ Años de consumo de tabaco: _____
- ¿Consume alcohol?** No Sí
En caso afirmativo, cantidad y frecuencia: _____
- ¿Consume drogas?** No Sí
En caso afirmativo, tipo y frecuencia: _____

Estoy interesado en: Bypass gástrico Manga gástrica Banda gástrica

Atención del médico: he revisado y verificado la información anterior con:

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Firma del médico bariatra: _____ Fecha _____

NO ENVÍE ESTE FORMULARIO POR FAX