



**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)	_____	_____	_____	_____
<b>Otros medic. dietéticos:</b>	_____	_____	_____	_____



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**