

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Cuestionario del Nuevo Paciente Bariátrico

Nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Cuánto tiempo ha considerado la cirugía bariátrica?
2. ¿Cómo se enteró de la cirugía bariátrica?
3. ¿Conoce a otros pacientes que han tenido la cirugía? Sí No ¿Tuvieron éxito en perder peso? Sí No
4. ¿Sus amigos y familiares apoyan su decisión de realizar la cirugía bariátrica? Sí No
5. ¿Ha intentado hacer dietas en el pasado? Sí No a. ¿Cuánto peso ha perdido mientras hacía dieta? _____
6. ¿Cuántas dietas ha probado en el pasado? 0 1-3 3-5 >5
7. ¿Alguna vez ha intentado lo siguiente? (marque todo lo que aplique)
 - Atracones y purgas
 - Atracones seguidos de restricción alimentaria
 - Uso de laxantes
 - Uso de diuréticos
 - Uso de pastillas para adelgazarSi usó pastillas: a. ¿Qué tipo? _____ b. ¿Cuánto peso perdió? _____ c. ¿Por cuánto tiempo las usó? _____
8. ¿Cuál es su peso máximo en su vida? _____ lbs
9. ¿Cuál es su peso más bajo alcanzado en los últimos diez años? _____ lbs
10. ¿Cuál es la razón principal por la que tiene sobrepeso? (marque una)
 - Como muchos dulces altos en calorías
 - Como demasiados alimentos normales
 - Tengo metabolismo anormal
 - Tengo una discapacidad que limita mi movimiento¿Cuál es su meta de peso personal con la cirugía? _____ lbs
- ¿Cuál es su razón principal para perder peso?

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Historia Médica

¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?

Diabetes Sí No

Artritis Sí No

Alta presión sanguínea Sí No

Apnea obstructiva del sueño Sí No

Colesterol alto Sí No

GERD / reflujo ácido / acidez Sí No

Triglicéridos altos Sí No

Síndrome de ovario poliquístico Sí No

Prediabetes Sí No

¿Dolor? (Espalda, Pies, Tobillo, Rodilla, Cadera)

(Por favor circule todos los que apliquen para el dolor.)

¿Alguna vez ha tenido cirugía? Sí No — En caso afirmativo, enumere las operaciones a continuación:

Historia familiar (condiciones médicas que corren en su familia):

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Estilo de Vida, Medicamentos y Alergias

¿Usted fuma? Sí No — En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes fuma al día? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas toma? 0 1-3 3-5 >5 por: día semana mes

Lista de medicamentos:

Alergias a medicamentos:
