

Whole Health Weight Loss Institute

Scott Perryman, MD, FACS, FASMBS

Cuestionario de Seguimiento de Cirugía Bariátrica

Complete este cuestionario antes de su cita de seguimiento y tráigalo con usted, o envíelo en línea.

IMPORTANTE: Si tiene dolor de pecho, dificultad para respirar, dolor abdominal intenso o sangrado abundante, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. No espere a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Tiempo Desde la Cirugía

¿Hace cuánto tiempo fue su cirugía? (marque una)

☐ 2 semanas

☐ 6 semanas

☐ 3 meses

☐ 6 meses

☐ 9 meses

☐ 1 año

☐ 2 años

Síntomas Desde la Cirugía

¿Ha tenido náuseas? _____ ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido vómitos? _____ ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido regurgitación? _____ ☐ Sí ☐ No

¿O reflujo? _____ ☐ Sí ☐ No

Peso y Nutrición

¿Cuánto peso ha perdido? _____ libras

¿Toma un multivitamínico diario? _____ ☐ Sí ☐ No

¿Toma otros medicamentos recetados (pantoprazol / ursodiol)? _____ ☐ Sí ☐ No

¿Cuánta agua ha estado bebiendo diariamente? _____ onzas

¿Cuántos gramos de proteína consume al día? _____ g

Ejercicio

¿Hace ejercicio? _____ ☐ Sí ☐ No

¿Con qué frecuencia hace ejercicio? (veces por semana) _____

¿Qué tipo de ejercicio ha estado haciendo? _____

¿Cuánto tiempo hace ejercicio? _____ minutos

Medicamentos

¿Tomaba algún medicamento antes de la cirugía? _____ ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿ha dejado de tomar alguno de esos medicamentos? _____ ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuáles medicamentos dejó de tomar? _____

Sala de Emergencias y Hospital

¿Ha ido a la sala de emergencias desde su cirugía, dentro de los 60 días de la cirugía? _____ ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿fue hospitalizado dentro de los 90 días de la cirugía? _____ ☐ Sí ☐ No

¿Por qué motivo? _____

Síntomas Desde la Última Visita

Desde su última visita, ¿ha tenido algún síntoma? (marque todos los que correspondan)

☐ Visión borrosa

☐ Visión doble

☐ Pérdida de la visión

☐ Pérdida del conocimiento

☐ Dolor de pecho

☐ Palpitaciones

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Náuseas
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Debilidad
- ☐ Tos
- ☐ Vómitos
- ☐ Sangre en las heces
- ☐ Orinar con frecuencia
- ☐ Fiebre
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Diarrea
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Hormigueo (manos o pies)
- ☐ Escalofríos

Otros síntomas no mencionados anteriormente: _____

Muestra de Dieta

Comida	Hora	Descripción
1.ª comida		
2.ª comida		
3.ª comida		
Meriendas		

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

También puede completar este formulario en línea — pida el enlace a nuestra oficina.