



Nuevo Paciente Cuestionario

Nombre: _____

Fecha: _____

1. ¿Cuanto tiempo ha considerado la cirugía bariátrica?

2. ¿Como se entero 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 cirugía bariátrica? Sí/No

5. ¿Ha intentado hacer dietas en el pasado?

a. ¿Cuanto peso ha perdido mientras estaba hacienda las dietas?

6. ¿Cuanto dietas ha probado en el pasado? 0 1-3 3-5 >5

7. ¿Alguna vez ha intentado lo siguiente?

_____ Atracones y purgas

_____ Atracones seguidos de restricción alimentaria

_____ Uso de laxantes

_____ Uso de diuréticos

_____ Use de pastillas para adelgazar

a. ¿Qué tipo de pastillas de dieta probale?

b. ¿Cuanto peso perdió con este tipo de pastillas de dieta?

c. ¿Cuanto tiempo úsale este pastilla de dieta?



8. ¿Cuál es su peso máximo en su vida? _____ lbs

9. ¿Cuál es su peso más bajo que alcanzado en los últimos diez años? _____ lbs

10. ¿Cuál es la razón principal por la que tiene sobrepeso?

_____ Como muchos dulces altos en calorías

_____ Como demasiados alimentos normales

_____ Tengo metabolismo anormal

_____ Tengo un discapacidad que limita mi movimiento

¿Cuál es su meta de personal con la cirugía? _____ lbs

¿Cuál es so razón principal para perder peso?



¿Tiene alguno de los siguientes problemas médicos?

Diabetes	Sí/No	Artritis	Sí/No
Alta presión sanguínea	Sí/No	Apnea obstructivo 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	

Alguna vez ha tenido cirugía? Sí/No

En caso afirmativo, enumere las operaciones a continuación:

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



¿Usted fuma? Sí/No

¿En caso afirmativo, cuantos paquetes fuma al día? _____

Cuantos bebidas alcoholicos toma? 0 1-3 3-5 >5
Por favor circule todos los que apliquen por día por semana por mes

Lista de medicamentos:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Alergias a medicamentos

_____	_____
_____	_____