

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



División de Cirugía Bariátrica

**CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA SALUD**

Por favor encierre en un círculo el tipo de procedimiento que le interesa: Bypass Gástrico Banda Gástrica

¿Que lo motiva? \_\_\_\_\_

¿Puede caminar? \_\_\_\_\_

¿Nombre de su persona de apoyo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó a batallar con su peso? \_\_\_\_\_

Si es discapacitado, ¿Cuál es la razón de su discapacidad? \_\_\_\_\_

**ALERGIAS (por favor incluya reacciones de cuando las toma)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES RECETADOS Y DE MOSTRADOR (por favor incluya cuanto y que tan seguido)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENDOCRINO**

Si No Hipotiroideo Si No Hipertiroidismo

Si No Diabetes Si es así, ¿cuándo le diagnosticaron? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿su diabetes está controlada por la dieta? Si No

Si es así, ¿toma medicamento oral para la diabetes? Si No

Si es así, ¿toma insulina? Si No

**PULMONAR**

- |    |    |   |    |    |   |
|----|----|---|----|----|---|
| Si | No | Asma  | Si | No | Falta de respiración con Actividad Ligera |
| Si | No | Enfisema  | Si | No | Bronquitis Crónica                        |
| Si | No | Ronquido  | Si | No | Apnea del Sueño                           |
| Si | No | Usa Oxigeno en Casa (Si es así, ¿cuánto? _____ litros)        |    |    |   |
| Si | No | Usa CPAP como se instruyo                                     |    |    |   |
| Si | No | Tiene problemas para quedarse o mantenerse dormido            |    |    |   |
| Si | No | Despierta por la noche intentando de recuperar la respiración |    |    |   |

**CARDIOVASCULAR**

- |    |    |  |    |    |                        |
|----|----|--|----|----|------------------------|
| Si | No | Presión Arterial Alta                  | Si | No | Dolor de Pecho         |
| Si | No | Insuficiencia Cardiaca Congestiva      | Si | No | Enfermedad del Corazón |
| Si | No | Latido del Corazón Irregular           | Si | No | Edema                  |
| Si | No | Soplos de Corazón                      | Si | No | Coágulos de Sangre     |
| Si | No | Ataque del Corazón                     | Si | No | Derrame Cerebral       |
| Si | No | Colesterol Alto                        | Si | No | Hiperlipidemia         |
| Si | No | Hinchazón de piernas, pies, o tobillos | Si | No | IVC filtro             |

**HEMATOLOGIA**

- |    |    |        |    |    |                                |
|----|----|--------|----|----|--------------------------------|
| Si | No | Anemia | Si | No | Trastorno de Sangre / Sangrado |
|----|----|--------|----|----|--------------------------------|

**GASTROINTESTINAL**

- |    |    |                                  |    |    |                                |
|----|----|----------------------------------|----|----|--------------------------------|
| Si | No | Dificultad para Tragar/Masticar  | Si | No | Frecuente Nausea               |
| Si | No | Ulceras en el Estómago           | Si | No | Frecuente Vomito               |
| Si | No | Enfermedad Reflujo Acidez (GERD) | Si | No | Hernia Hiatal                  |
| Si | No | Enfermedad de Crohn              | Si | No | Síndrome Intestino Irritable   |
| Si | No | Colitis Ulcerativa               | Si | No | Frecuente Diarrea              |
| Si | No | Estreñimiento Frecuente          | Si | No | Diverticulosis/ Diverticulitis |

**GINECOLOGICO**

- |    |    |                             |    |    |                                    |
|----|----|-----------------------------|----|----|------------------------------------|
| Si | No | Infertilidad                | Si | No | Tiene Ciclos Menstruales Regulares |
| Si | No | Usa Control de la Natalidad | Si | No | Síndrome de Ovario Poliquístico    |

SOLO Mujeres:    Número de Embarazos \_\_\_\_\_  
                           Número de Niños Dados a Luz \_\_\_\_\_  
                           Número de Niños Vivos \_\_\_\_\_

## REUMATOLOGIA

- |    |    |                                    |    |    |                           |               |
|----|----|------------------------------------|----|----|---------------------------|---------------|
| Si | No | Síndrome de Fatiga Crónica         | Si | No | Síndrome de Dolor Crónico |               |
| Si | No | Enfermedad Autoinmune              | Si | No | Lupus                     |               |
| Si | No | Fibromialgia                       | Si | No | VIH o SIDA                |               |
| Si | No | Artritis Reumatoide                |    | Si | No                        | Osteoartritis |
| Si | No | Enfermedad de Disco Degenerativo   | Si | No | Dolor de Espalda          |               |
| Si | No | Dolor de Cadera (Que lado? _____)  |    |    |                           |               |
| Si | No | Dolor de Rodilla (Que lado? _____) |    |    |                           |               |
| Si | No | Dolor de Tobillo (Que lado? _____) |    |    |                           |               |

## HEPATICA

- |    |    |                       |    |    |          |
|----|----|-----------------------|----|----|----------|
| Si | No | Enfermedad del Hígado | Si | No | Cirrosis |
| Si | No | Hepatitis             |    |    |          |

## RENAL/URINARIA

- |    |    |  |    |    |                      |
|----|----|--|----|----|----------------------|
| Si | No | Proteína en la Orina   | Si | No | Enfermedad del Riñón |
| Si | No | Incontinencia de Estrés  | Si | No | Insuficiencia Renal  |
| Si | No | Alguna vez ha estado en Diálisis (¿Si está actualmente, Que días? _____) |    |    |                      |

## PSICOLOGICA

- |    |    |                  |     |    |   |
|----|----|------------------|-----|----|---|
| Si | No | Depresión        | Yes | No | Ataques de Ansiedad                         |
| Si | No | Desorden Bipolar | Yes | No | Intentos de Suicidio (Último intento _____) |

## HISTORIAL SOCIAL

- Si No ¿Consume CUALQUIER Producto de Nicotina (por ej. Cigarros, tabaco en polvo, cigarro electrónico, etc.)? Si es así, por favor trate de parar ahora. Por favor note que usted será examinado al azar durante su periodo de evaluación. **Nosotros NO realizamos cirugías de pérdida de peso en pacientes que son fumadores activos)**
- Si No Usa CUALQUIER droga callejera
- Si No ¿Ex fumador? Si es así, ¿cuándo lo dejo? \_\_\_\_\_
- Si No ¿Usa Alcohol? Si es así, ¿qué tan seguido y cuánto? \_\_\_\_\_
- Si No ¿Come Dulces?

**HISTORIAL QUIRURGICO PASADO (Por Favor marque y/o Liste...)**

Si No ¿Alguna vez tuvo problemas con la anestesia?

Tipo de Cirugía & Fecha Realizada

---

---

---

---

---

**HISTORIAL DEL CANCER (Liste Por favor...)**

Tipo de Cáncer v Mes v Año en que fue Diagnosticado

---

---

---

---

**HISTORIAL FAMILIAR**

Edad actual del Padre: \_\_\_\_\_ o edad en que murió: \_\_\_\_\_

Causa de muerte \_\_\_\_\_

Problemas de salud \_\_\_\_\_

Edad actual de la Madre: \_\_\_\_\_ o edad en que murió: \_\_\_\_\_

Causa de muerte \_\_\_\_\_

Problemas de Salud \_\_\_\_\_

**Nombres y edades de hermano(s)/hermana(s) y problemas de salud. Por favor incluya Hermanastro(s)/Hermanastra(s).**

---

---

---

---

**MIS DOCTORES ACTUALES (Por favor proporcione el nombre y número de teléfono)**

**Doctor Primario:** \_\_\_\_\_

**Doctor de Referencia:** \_\_\_\_\_

**Cardiólogo:** \_\_\_\_\_

**Neumólogo:** \_\_\_\_\_

**Psiquiatra/Psicólogo:** \_\_\_\_\_

**Ginecólogo:** \_\_\_\_\_

**Nefrólogo:** \_\_\_\_\_

**Ortopedista:** \_\_\_\_\_

**Endocrinólogo:** \_\_\_\_\_

**Gastroenterólogo:** \_\_\_\_\_

**CUAQUIER otro doctor:** \_\_\_\_\_

**La información que he proporcionado en este cuestionario es verdadera a mi mejor conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**