

300 Hillmont Avenue, Bldg. 340, Ste. 401
Ventura, CA 93003
Phone (805) 652-6565
Fax (805) 648-8104



CUESTIONARIO DE OBESIDAD MÓRBIDA

Fecha: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Número de Seguro Social: _____ Estado civil: _____

Edad: _____ Altura in pies: _____ Pulgadas: _____ Peso: _____

Domicillio: _____ Teléfono de Casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Información de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Información de empleador:

Nombre de compañía: _____ Teléfono del trabajo: _____

Proveedor de atención primaria:

Médico Primer Nombre: _____ Médico Apellido: _____

Domicillo del Médico: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fax: _____

Historia Social:

Cuál es su ocupación? _____ Con quién vive usted? _____ Cuántos hijos tiene: _____

Cuántas horas al día trabaja fuera de casa? _____ Horas de televisión al día? _____

Cómo fue referido a Ventura Barátrica? _____

Cuáles son sus objetivos respecto a los resultados de la cirugía para bajar de peso? _____

Historia de obesidad:

Cuál es el peso máximo de por vida? _____ lbs Cuando? _____

La edad de inicio de obesidad? _____ Antecedentes familiares de obesidad? SI / NO

El peso de adulto mas bajo? _____ El peso adulto más alto? _____

Ha asistido a un grupo de apoyo de cirugía de obesidad? SI / NO Si es así, donde? _____

Está considerando la cirugía de pérdida de peso? _____

Nivel de actividad:

- Inactivo - Sin actividad física regular, trabajo sentado
- Actividad ligera(clara) – ninguna actividad física organizada durante tiempo libre
- Actividad moderada - ocasionalmente participan en actividades como el golf de fin de semana, tenis, trotar, natación ...etc
- Actividad pesada - consistente levantamiento, subir escaleras, construcción pesada, o participación regular en trotar, natación o deportes activos por lo menos tres veces por semana
- Actividad vigorosa – Participación en ejercicio físico extenso durante al menos 60 minutos por sesión 4 veces por semana
- Existe un problema físico que le impiden participar en algún tipo de actividad? SÍ / NO

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Por favor haga un círculo en una de las siguientes opciones:

<u>Cantidad de dieta</u>	<u>Calidad de la Dieta</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Ejercicio</u>
Las comidas abundantes	Alimentos balanceados	Comidas regulares	Nunca
Las comidas promedio	Comida chatarra	Picar todo el día	Raramente
Porciones pequeñas			Regular

Los hábitos alimenticios:

- Comes cuando no tienes hambre? Si No
-
- Cuáles son los tipos de comidas chatarra prefiere? _____
- Esconder comida en su casa/coche para comer cuando está solos? Si No
- Come alguna vez usted hasta que usted se sienta enfermo? Si No
- Si Sí, con Qué frecuencia? _____
-
- Miente usted a familia y amigos sobre cuánto usted come? Si No
- Se ha hecho alguna vez usted vomitar después de comer demasiado? Si No
- Alguna vez ha utilizado laxantes después de comer demasiado? Si No

Pérdida de peso anterior bajo programa supervisado:

	<u>Nombre del Programa</u>	<u>Fecha de inicio</u>	<u># Meses</u>	<u># Libras perdidas</u>
1.)				
2.)				
3.)				
4.)				
5.)				

Medicamentos para perder peso: _____

Historial Médico:

Por favor escriba cualquier hospitalizaciones que ha tenido por una enfermedad o accidente no requiere cirugía

Fecha:

- 1.) _____
- 2.) _____
- 3.) _____
- 4.) _____

Otros problemas médicos relacionados con la obesidad:

Tiene ahora o ha tenido alguna vez cualquiera de los siguientes problemas relacionados con la obesidad médica?

Cardíaco

- Hipertensión (presión arterial alta) Ataque al corazón o angina (dolor de pecho, presión o tensión)
- Ritmo cardíaco irregular o palpitaciones Insuficiencia cardíaca congestive

Respiratorio

- Apnea obstructiva del sueño El asma
- falta de aliento Otros problemas respiratorios o pulmonares

Gastrointestinal

- Acidez estomacal frecuente / Enfermedad de reflujo ácido Cálculos biliares
- Hernia (hiatal, umbilical, incisional) Hemorroides

Hormonal/Sanguíneo

- Diabetes Altos niveles de colesterol y/o triglicéridos altos
- Problemas de la tiroides

Urological

- Incontinencia de esfuerzo (pérdida de orina al toser o reír) Necesitará usar almohadillas

Vascular

- Hinchazón de las piernas Úlceras en las piernas Celulitis piernas
- Venas varicosas Antecedentes de coágulos en la pierna

Piel/Músculo/Esquelético

- Dolor de espalda baja
- Artritis de enfermedad degenerativa de las articulaciones (marce todo lo que sea aplicable)
 - Las caderas
 - Tobillos
 - Pies
 - Rodillas
 - Infecciones / sarpullidos entre los pliegues de la piel

Salud Mental

- Depresión
- Ansiedad

Otros problemas emocionales: _____

Cualquier otro problema relacionado con la _____

Síntomas generales:

Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas o problemas

General / Sistema Nervioso

- Dolor de cabeza
- Apagones / mareos
- Pérdida temporal o desenfoco de la visión
- Fiebre
- Debilidad temporaria
- Convulsiones o epilepsia

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Latidos irregulares del corazón
- Hinchazón de tobillos
- Derrame cerebral
- Debilidad muscular

Respiratorio

- Tos crónica, expectoración
- Sangre en el esputo
- Tuberculosis

Gastrointestinal

- Heces negro o alquitranado
- Diarrea
- Estreñimiento frecuente o nuevo
- Dificultad para deglutir
- Náuseas o vómitos frecuentes
- Problemas en el hígado o hepatitis

Urología

- Ardor al orinar
- Necesidad frecuente de orinar
- Problemas de riñón o la vejiga

La Sangre

- Sangrado o moretones anormales Coágulo de sangre o embolia Anemia
- Gota (La acumulación de ácido úrico causa gota)

Emocional / Social

- Ansiedad Tratamiento de la depresión con medicamentos y / o consejería
- Historia de abuso físico / abuso sexual Historia de alcoholismo
- Otros problemas de salud mental Historia de abuso de sustancias (drogas)
- Historia de cáncer
- Planificación de futuro embarazo

Qué operación cirugía de la obesidad está interesado en? _____

Comentarios O inquietudes: _____

Historia de Cirugías:

<u>Operación</u>	<u>Fecha</u>	<u>Problemas</u>
1.)		
2.)		
3.)		
4.)		

Medicamento:

Lista debajo todos los medicamentos que toma e incluir aquellos que no requieren receta médica

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis / Cantidad</u>	<u>Número de veces tomado diariamente</u>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Ha tomado esteroides como la prednisona o la cortisona en los últimos 6 meses? SI / NO

Alergias:

Lista de todos los medicamentos / productos médicos a los que tiene una reacción alérgica o mala:

Medicación	Tipo de reacción

Hábitos:

Ha fumado alguna vez? Si No Nunca
 Si, pero dejé _____ años atrás, y fumaba _____ paquetes por día por _____ años.
 Si, yo fumo _____ paquetes por día y e fumado por _____ años.

Toma bebidas alcohólicas?

Si, bebo _____ bebidas semanal.
 Yo solía beber pero dejé.

Antecedentes Familiares:

Sus parientes tienen los siguientes problemas? Explicar qué parientes y el tipo de problema.

Enfermedades del corazón La obesidad y / o la obesidad mórbida Diabetes
 Serios problemas con la anestesia Problemas de sangrado o coágulos de sangre

Cualquier otro que usted cree que deberíamos saber sobre: _____

Gracias por completar este cuestionario. Esto ayudará a su médico a entender su estado de salud más a fondo.

