



# FORMULARIO DE CONSULTA BARIÁTRICA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Asistió a la sesión informativa en persona sobre cirugía de pérdida de peso (Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Participó en la sesión informativa en línea sobre cirugía de pérdida de peso (Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Responda a las siguientes preguntas para que podamos cubrir mejor sus necesidades.

Médico que hace la remisión \_\_\_\_\_ PCP/Otro M.D. \_\_\_\_\_

Altura (pulg.) \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso adulto: \_\_\_\_\_  
 Más bajo \_\_\_\_\_ Más alto \_\_\_\_\_  
 Peso (lb) \_\_\_\_\_ Edad (años) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

## HISTORIA DE ESTILO DE VIDA

### USO DE TABACO

¿Fuma?  No  Lo dejó (¿cuándo? \_\_\_\_\_)  Sí (paquetes al día = \_\_\_\_\_)

¿Usa tabaco sin humo?  No  Lo dejó (¿cuándo? \_\_\_\_\_)  Sí (latas al día = \_\_\_\_\_)

¿Por cuánto tiempo ha usado productos de tabaco (vaporizadores, cigarrillos electrónicos, pipas turcas o de agua, etc.)? \_\_\_\_\_ años

¿Está listo para dejar de fumar?  Sí  No

¿Consumo de drogas?  Nunca  Antes  Actual ¿Ha consumido drogas inyectables?

Sí  No Si alguna vez ha consumido drogas, indique si es consumo  Crónico o

Social, de qué tipo, la frecuencia y la fecha en que las dejó, si corresponde.

¿Ha estado alguna vez en rehabilitación por alcoholismo o drogadicción?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE ESTILO DE VIDA (continuación)

### ALCOHOL

¿Bebe alcohol?  No  Lo dejó (¿cuándo? \_\_\_\_\_)  Sí

¿Cuántos tragos\* con alcohol bebe por semana? \_\_\_\_\_

\*1 trago = 1 copa de vino

1 lata de cerveza

1 shot de licor

### HISTORIA SOCIAL

Estado civil  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

Cantidad de hijos \_\_\_\_ Cantidad con sobrepeso \_\_\_\_\_

Edad del paciente cuando nació el hijo mayor \_\_\_\_\_

Nivel educativo más alto  Algunos estudios secundarios  Diploma de secundaria/GED

Algunos estudios universitarios de educación  Diplomatura  Licenciatura  Maestría

Doctorado

Estado laboral  Jubilado  Discapacitado  Desempleado  Empleado

Su ocupación más reciente \_\_\_\_\_

Indique el nombre de la persona principal que le brinda manutención \_\_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR

Indique a todos sus familiares INMEDIATOS (p. ej., madre) que tengan o tuvieron estas condiciones. Incluya la edad que tenían cuando recibieron el diagnóstico.

CONDICIÓN	FAMILIAR	EDAD
Cáncer de mama		
Cáncer de colon		
ACV/derrame cerebral		
Depresión		
Diabetes		
Ataque cardíaco/cirugía de derivación		
Presión alta		
Colesterol alto		
Melanoma		
Cáncer de ovario		
Cáncer de próstata		
Otra _____		

¿Es usted adoptado?  Sí  No

### HISTORIA SOCIAL

Promedio de horas de ejercicio a la semana: \_\_\_\_\_ Qué días:  LU  MA  MI  JU  VI  SA  DO

Preferencias de ejercicio (p. ej., caminar, correr, tenis, natación): \_\_\_\_\_

Obstáculos para hacer ejercicio (p. e., tiempo, dolor, fatiga, falta de interés): \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE LA DIETA

### Hábitos de alimentación

Come mientras (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Ve la televisión    Usa la computadora/teléfono    Está en la cama    En un auto

¿Con qué hábitos de alimentación se identifica (seleccione todas las opciones que correspondan)?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comidas programadas        | <input type="checkbox"/> Comer cuando NO tiene hambre | <input type="checkbox"/> Picoteo   |
| <input type="checkbox"/> Sin horario establecido    | <input type="checkbox"/> Saltarse comidas             | <input type="checkbox"/> Porciones grandes                                       |
| <input type="checkbox"/> Comer en exceso            | <input type="checkbox"/> Comer rápido                 | <input type="checkbox"/> Incapacidad de sentirse satisfecho                      |
| <input type="checkbox"/> Comer cuando está aburrido | <input type="checkbox"/> Comer como recompensa        | <input type="checkbox"/> Comer tarde por la noche/<br>comer en mitad de la noche |
| <input type="checkbox"/> Solo cuando tiene hambre   | <input type="checkbox"/> Comer toda la comida         |  |

¿Cuántas comidas rápidas come a la semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas comidas de restaurante come a la semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas comidas a domicilio/para llevar come a la semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas comidas caseras come a la semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces come comida chatarra a la semana? \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas con cafeína?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto? \_\_\_\_\_

¿Toma refrescos o bebidas gaseosas?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", ¿cuánto? \_\_\_\_\_

Describa su ritmo de alimentación:  Lento    Normal    Rápido

Durante los últimos 3 meses, ¿ha tenido algún episodio de comer en exceso?  Sí  No  
(es decir, significativamente más de lo que la mayoría de las personas comerían en un periodo similar).  
Si la respuesta es "Sí", ¿el exceso de comida le provoca angustia? \_\_\_\_\_

¿Hay medicamentos que cree que influyen en su peso?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", indique: \_\_\_\_\_

¿Quién le compra la comida? \_\_\_\_\_

¿Cuánto gasta a la semana en comida? \$ \_\_\_\_\_

¿Lee los ingredientes o las etiquetas nutricionales de los alimentos?  Sí  No

Programas de dietas y suplementos: Indique cuál de las siguientes dietas o planes ha intentado. Traiga a su cita inicial una historia cronológica de su dieta.

PROGRAMAS	FECHAS	DURACIÓN	SUPERVISADO POR MÉDICO	PÉRDIDA DE PESO
Dieta Atkins			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dieta del pomelo			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Herbalife			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Jenny Craig			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dietas líquidas			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medifast			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Metabolife			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nutrisystem			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Optifast			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dieta Pritikin			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
SlimFast			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sugar Busters			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
T.O.P.S.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Weight Watchers			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Escriba los intentos de pérdida de peso supervisados por un médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Historia de medicamentos para perder peso: Indique si ha tomado alguno de los siguientes medicamentos para perder peso.

MEDICAMENTOS	FECHAS	DURACIÓN	SUPERVISADO POR MÉDICO	PÉRDIDA DE PESO
Amphetamines			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
BELVIQ®			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CONTRAVE®			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dexfenfluramine (Redux)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Merida (Sibutramine)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Phen-Fen			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Phentermine (Adipex, Fastin, Pondimem)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Qsymia®			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Saxenda®			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Xenical (Orlistat)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Historia de terapia no dietética: Indique si ha probado alguna de las siguientes terapias de pérdida de peso.

TERAPIA	FECHAS	DURACIÓN	SUPERVISADO POR MÉDICO	PÉRDIDA DE PESO
Acupuntura			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Modificación de la conducta			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ejercicio			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hipnosis			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otra _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Cirugía de pérdida de peso anterior:  Sí  No.

Si la respuesta es "Sí", explique:

TIPO DE CIRUGÍA	FECHA	CIRUJANO	PÉRDIDA DE PESO
Derivación gástrica			
Lap Band			
Gastrectomía en manga			
Grapas			
Gastroplastia vertical con banda (VGB)			

Cirugía no bariátrica anterior:

---



---

## SALUD EMOCIONAL/SALUD CONDUCTUAL

Le han diagnosticado alguna vez:

- Ansiedad  Sí  No
- Depresión  Sí  No
- Trastorno bipolar  Sí  No
- Esquizofrenia  Sí  No
- Trastornos de la alimentación  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue el diagnóstico y cuándo? \_\_\_\_\_

Otro (Si la respuesta es "Sí", explique: \_\_\_\_\_)  Sí  No

¿Alguna vez ha usado alguno de los siguientes métodos para controlar su peso?

- Tomar más laxantes o diuréticos de lo recetado/recomendado  Hacerse vomitar
- Ejercitar excesivamente/específicamente para quemar algo que comió
- Hacer ayuno por más de 24 horas

¿Está tomando actualmente medicamentos para el ánimo/salud mental?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", nombre/dosis/duración: \_\_\_\_\_

## SALUD EMOCIONAL/SALUD CONDUCTUAL (continuación)

Está actualmente bajo la atención de (seleccione todas las opciones que correspondan):

Psiquiatra     Psicólogo     Consejero/Terapeuta

Si la respuesta es "Sí", dé el nombre y el número de contacto: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por motivos psiquiátricos?  Sí     No

Si la respuesta es "Sí", fechas y lugar: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido intentos de suicidio anteriores?  Sí     No

Si la respuesta es "Sí", fechas y lugar: \_\_\_\_\_

### Condiciones médicas relacionadas con la obesidad

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o síntomas?

Trombosis venosa profunda (coágulos sanguíneos en piernas)  Sí     No

(año de diagnóstico: \_\_\_\_\_)  Sí     No

Embolia pulmonar  Sí     No

Medicamentos anticoagulantes

Diabetes (año de diagnóstico y tipo: \_\_\_\_\_)  Sí     No

Medicamento con receta  Sí     No

¿Se controla el azúcar a diario?  Sí     No

Colesterol alto  Sí     No

Triglicéridos altos (si la respuesta es "Sí", año de diagnóstico: \_\_\_\_\_)  Sí     No

Enfermedad cardíaca (si la respuesta es "Sí", año de diagnóstico: \_\_\_\_\_)  Sí     No

Angina  Sí     No

Insuficiencia cardíaca congestiva (si la respuesta es "Sí", año de diagnóstico: \_\_\_\_\_)  Sí     No

Angioplastia coronaria  Sí     No

Cirugía de derivación arterial coronaria  Sí     No

M.I. (infarto agudo de miocardio/ataque cardíaco) Palpitaciones  Sí     No

(ritmo cardíaco anormal)

Presión arterial alta (si la respuesta es "Sí", año de diagnóstico: \_\_\_\_\_)  Sí     No

Hernia de la pared abdominal  Sí     No

Incisional  Sí     No

Umbilical (ombligo)  Sí     No

Hernias actualmente presentes  Sí     No

Cantidad de reparaciones de hernias y fechas: \_\_\_\_\_

Enfermedad del hígado

¿Le han diagnosticado enfermedad de hígado graso, esteatohepatitis no  Sí     No

alcohólica (NASH) o cirrosis hepática?  Sí     No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Dolor en la parte baja de la espalda/ciática  Sí     No

Limita la capacidad para caminar o hacer ejercicio  Sí     No

Medicamentos de venta libre  Sí     No

Medicamento con receta  Sí     No

## CONDICIONES MÉDICAS RELACIONADAS CON LA OBESIDAD (continuación)

Irregularidad menstrual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dolor o artritis en	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
tobillos/rodillas/caderas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Limita la capacidad para caminar o hacer ejercicio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Medicamentos de venta libre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Medicamento con receta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reflujo/acidez/esofagitis/hernia de hiato (año de diagnóstico: _____)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Endoscopia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Medicamentos de venta libre (frecuencia de uso: _____)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Medicamentos con receta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le han diagnosticado apnea del sueño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sí, responda las preguntas de abajo:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cuándo le diagnosticaron apnea del sueño? _____		
¿Dónde le diagnosticaron apnea del sueño? _____		
¿Cuándo fue su última cita con medicamentos para dormir? _____		
¿Tiene un artefacto oral?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene una máquina CPAP/BiPAP?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿La usa todas las noches?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "No", responda las preguntas de abajo:		
¿Ronca fuerte (más fuerte que hablar o lo suficientemente fuerte para que lo escuchen con las puertas cerradas)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se siente cansado, fatigado o con sueño durante el día?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez alguien ha observado que deja de respirar mientras duerme?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha sido o está siendo tratado por presión alta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es su IMC mayor que 35?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene más de 50 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es la circunferencia de su cuello mayor que 16 pulgadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí":		
¿Puede caminar? Cantidad de cuerdas = _____		
¿Subir escaleras? Cantidad de pisos = _____		
Incontinencia urinaria (fugas de orina) (cantidad de veces/semana)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Al toser/estornudar/hacer fuerzas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estasis venosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hinchazón/edema de tobillos o piernas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cambios en el color o engrosamiento de la piel de las piernas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ulceración de las piernas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Indique todas las hospitalizaciones no quirúrgicas que ha tenido como adulto:

---



---



---



---

