



MEDICAL FACULTY ASSOCIATES
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL
DIVISIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA
1011 NEW HAMPSHIRE AVE, NW
WASHINGTON, DC 20037

Información médica sobre pacientes nuevos

*La información obtenida de este formulario es absolutamente fundamental para su consulta quirúrgica.
Sin ella, su consulta deberá posponerse.
Use tinta negra.*

Nombre: _____ **Fecha:** _____
(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Género:** _____ Masculino _____ Femenino

Grupo étnico: ___ Afroamericano ___ Asiático ___ Caucásico ___ Hispano ___ Nativo americano ___ Isleño del Pacífico ___ Otro

Estado civil: ___ Soltero ___ Casado ___ En pareja ___ Divorciado ___ Viudo

Situación laboral: ___ Empleado a tiempo completo ___ Empleado a tiempo parcial ___ Amo de casa ___ Estudiante ___ Jubilado
___ Discapacitado ___ Desempleado

Ocupación: _____

¿Qué cirugías bariátricas le interesan? _____

¿Su familia y amigos apoyan su decisión de someterse a una cirugía? ___ Sí ___ No

Si no apoyan su decisión, ¿a qué se debe? _____

¿Ha hablado con alguien que se haya sometido a una cirugía bariátrica (de pérdida de peso)? ___ Sí ___ No

Enumere todos sus proveedores de atención médica actuales (use el otro lado si es necesario):

| Nombre | Dirección | Teléfono |
|-------------------------------------|-----------|----------|
| Proveedor que realizó la derivación | _____ | _____ |
| Proveedor de atención primaria | _____ | _____ |
| Cardiólogo | _____ | _____ |
| Endocrinólogo | _____ | _____ |
| Neumólogo | _____ | _____ |
| Gastroenterólogo | _____ | _____ |
| Psiquiatra/terapeuta | _____ | _____ |

ANTECEDENTES NUTRICIONALES Y DE EJERCICIO:

Peso más bajo de los últimos 2 años: _____ Peso más alto de los últimos 2 años: _____

Enumere todos los intentos de pérdida de peso anteriores:

Dietas (incluya todas, como Adkins, LA Weight Loss, Jenny Craig, Weight Watchers, Overeaters Anonymous, etc.). Use el otro lado si es necesario.

| Nombre de la dieta | Año | Duración | Libras perdidas |
|--------------------|-------|----------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Medicamentos (incluya todos, como Meridia, orlistat [Xenical], FenPhen, Adipex, Metabolife, etc.). Use el otro lado si es necesario.

| Nombre del medicamento | Año | Duración | Libras perdidas |
|------------------------|-------|----------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Tratamientos conductuales (incluya todos, como hipnosis, asesoramiento, ejercicio, acupuntura). Use el otro lado si es necesario.

| Nombre del tratamiento | Año | Duración | Libras perdidas |
|------------------------|-------|----------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Pérdida de peso con la ayuda de médicos (incluya todos los servicios, como asesoramiento de dietistas, dieta recetada por un médico, OptiFast, etc.). Use el otro lado si es necesario.

| Nombre del programa | Año | Duración | Libras perdidas |
|---------------------|-------|----------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Cómo describiría su patrón de alimentación? (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Como porciones abundantes. | <input type="checkbox"/> Como antes de acostarme. | <input type="checkbox"/> No como mucho realmente. | <input type="checkbox"/> Como a escondidas. |
| <input type="checkbox"/> Me despierto y como durante la noche. | <input type="checkbox"/> Como cuando estoy estresado/por un impulso emocional. | <input type="checkbox"/> Experimento atracones. | <input type="checkbox"/> Me salteo comidas. |
| <input type="checkbox"/> Sigo una dieta saludable. | <input type="checkbox"/> Pico a lo largo del día. | <input type="checkbox"/> Rara vez me siento satisfecho. | <input type="checkbox"/> Siempre tengo hambre. |

Indique qué alimentos prefiere (con qué alimentos es más probable que se desvíe de la dieta):

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> gaseosas/refrescos | <input type="checkbox"/> papas fritas | <input type="checkbox"/> pizza | <input type="checkbox"/> bocadillos salados |
| <input type="checkbox"/> bistec/chuleta | <input type="checkbox"/> golosinas | <input type="checkbox"/> alimentos fritos | <input type="checkbox"/> papas |
| <input type="checkbox"/> chocolate | <input type="checkbox"/> pastas | <input type="checkbox"/> pasteles/tartas | <input type="checkbox"/> galletas dulces |
| <input type="checkbox"/> salsas a base de crema | <input type="checkbox"/> aderezos salados | <input type="checkbox"/> helado | |

¿Con qué frecuencia hace ejercicio? Nunca Algunos días La mayoría de los días

¿Qué tipo de ejercicio le gusta hacer? _____

¿Qué le impide hacer ejercicio? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

Marque todas las opciones que correspondan. Use el otro lado de la hoja si es necesario.

Cardiovasculares

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> presión arterial elevada | <input type="checkbox"/> edema/hinchazón en las piernas |
| <input type="checkbox"/> enfermedad de las válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> paro cardíaco | <input type="checkbox"/> flebitis en las piernas |
| <input type="checkbox"/> ECG anormal | <input type="checkbox"/> enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> celulitis en las piernas |
| <input type="checkbox"/> accidente isquémico transitorio (pequeño ACV) | <input type="checkbox"/> presencia de coágulos de sangre/TVP/EP | <input type="checkbox"/> decoloración/úlceras en las piernas |
| <input type="checkbox"/> problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> dolor en el pecho/angina de pecho | <input type="checkbox"/> otro |
| | <input type="checkbox"/> accidente cerebrovascular (ACV) | |

Pulmonares

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> hipertensión pulmonar | <input type="checkbox"/> uso de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> neumonía | <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> apnea del sueño | |

Metabólicos

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> niveles de glucosa en sangre elevados | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> gota | <input type="checkbox"/> niveles elevados de colesterol/lípidos | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> enfermedad renal | <input type="checkbox"/> uso de esteroides | |

Gastrointestinales

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> náuseas/vómitos | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> úlceras pépticas |
| <input type="checkbox"/> estreñimiento | <input type="checkbox"/> EHNA | <input type="checkbox"/> enfermedad de Crohn |
| <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> cirrosis | <input type="checkbox"/> cálculos biliares |
| <input type="checkbox"/> síndrome de intestino irritable | <input type="checkbox"/> acidez/reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> hemorragia gastrointestinal | <input type="checkbox"/> dificultad para tragar | |

Musculoesqueléticos

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> osteoporosis | <input type="checkbox"/> artritis | <input type="checkbox"/> reemplazo articular |
| <input type="checkbox"/> dolor articular | <input type="checkbox"/> fibromialgia | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> dolor de espalda | | |

¿Usa bastón o andador cuando sale de su casa? Sí No

¿Usa silla de ruedas cuando sale de su casa? Sí No

Neurológicos

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> síndrome de seudotumor cerebral | <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> convulsiones | <input type="checkbox"/> neuropatía | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> debilidad muscular | | |

Psicosociales

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ansiedad/nerviosismo | <input type="checkbox"/> trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> psicosis |
| <input type="checkbox"/> depresión | <input type="checkbox"/> trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> esquizofrenia |

Reproductivos (mujeres)

- ciclo menstrual irregular
 SOP (síndrome del ovario poliquístico)

Otro

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Lupus |
| <input type="checkbox"/> incontinencia urinaria por estrés | <input type="checkbox"/> problemas de la visión | <input type="checkbox"/> SARM |
| <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> cálculos en los riñones | | |
| <input type="checkbox"/> problemas para orinar | | |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

Fecha **Hospital** **Cirujano**
¿Tiene antecedentes de cirugías para perder de peso? Sí No _____

¿De qué tipo? _____

¿Cuál era su peso antes de la cirugía? _____

¿Cuál fue su menor peso después de la cirugía? _____

¿Tuvo complicaciones? Sí No. En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

| Enumere las cirugías previas | Fecha | Hospital | Cirujano |
|-------------------------------------|--------------|-----------------|-----------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

¿Alguna vez ha tenido un problema con una cirugía o anestesia? Sí No En caso afirmativo, explique:

MEDICAMENTOS:

Enumere sus medicamentos (incluidas las vitaminas, los suplementos a base de hierbas, aspirina u otros medicamentos de venta libre)

| Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-------------------------------|--------------|-------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

| Alergia al medicamento | Reacción |
|-------------------------------|-----------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

| Otra alergia | Reacción |
|---------------------|-----------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

