



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
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Qué problemas médicos tienen sus familiares?

Obesidad enfermedad coágulos de cáncer de mama
 diabetes pulmonar sangre cáncer de colon
 cardiopatía enfermedad enfermedad hipertensión
 renal hepática

Familiar	Edad	Problemas médicos	Si falleció, edad al momento del fallecimiento y causa
Madre			
Padre			
Abuela materna			
Abuelo materno			
Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Hermano/a:			
Hermano/a:			
Hermano/a:			
Hermano/a:			

ANTECEDENTES SOCIALES:

¿Fuma? No Sí ¿Cuántos paquetes por día? _____ ¿Hace cuánta fuma? _____ años

¿Fumó en el pasado? Sí No. ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Consume **alcohol**? No Sí. ¿Cuántas copas por semana? _____

¿Consume drogas **recreativas**? No Sí. En caso afirmativo, ¿qué consume? _____

¿Cuándo consumió por última vez? _____

¿Consumió drogas en el pasado? No Sí. ¿Cuándo dejó de consumir? _____