

# Questionario bariátrico

Página 1

La información que proporcione nos ayudará a planificar su tratamiento; llene y firme con cuidado la última página.

## INFORMACIÓN PERSONAL

**Destino deseado:** .....

**Procedimiento médico deseado:**

- Manga Gástrica       Bypass Gástrico       Mini Bypass Gástrico
- Cirugía de Revisión       Cirugía Antireflujo       Colectomía Laparoscópica
- Cirugía Laparoscópica de un solo puerto (SILS)  
Solo candidatos con un índice de masa corporal de 35 o menos.

**Nombre(s):** ..... **Apellidos:** .....

**Dirección:** .....

**Código postal:** ..... **Teléfono (casa):** .....

**Teléfono (oficina):** ..... **Celular:** .....

**Correo electrónico:** .....

**Fecha de nacimiento:** ..... **Edad:** ..... **Ocupación:** .....

**Idioma hablado:** (Ejemplo: español) .....

**¿Tiene pasaporte?:**  Si  No

# Cuestionario Bariátrico

Página 2

## MÉDICO DE CABECERA

Nombre: .....

¿Desde cuándo has estado en consulta con él o ella? : .....

Condiciones del tratamiento: .....

Teléfono: ..... ¿Algún otro doctor?: .....

Dirección: ..... Teléfono: .....

## REFERENCIAS PERSONALES

*Esta información generalmente es vital para nosotros si necesitamos contactarte de manera urgente. Ocasionalmente, las personas se mudan o cambian de teléfono sin avisarnos.*

### 1. FAMILIAR MÁS CERCANO:

Nombre(s): ..... Parentesco: .....

Dirección: ..... Teléfono (Casa): .....

Teléfono (oficina): ..... Número de contacto de emergencia: .....

### 2. PERFIL SOCIAL

Estado civil:  Casado  Soltero  Divorciado  Con pareja

Hijos / Edades: .....

## HISTORIAL DE PESO:

*Por favor indícanos cuál era tu peso en los siguientes momentos. Por favor indica si consideras que tu peso estaba por abajo del promedio, en el promedio, por arriba del promedio o muy elevado en cada casilla.*

### Peso al nacer:

- Por debajo del promedio
- Peso promedio
- Por arriba del promedio
- Muy elevado

### Peso durante la secundaria (10 - 12 años):

- Por debajo del promedio
- Peso promedio
- Por arriba del promedio
- Muy elevado

### Peso durante la preparatoria (15 - 18 años):

- Por debajo del promedio
- Peso promedio
- Por arriba del promedio
- Muy elevado

# Cuestionario Bariátrico

**Peso al iniciar tu vida laboral (21 años):**

- Por debajo del promedio
- Peso promedio
- Por arriba del promedio
- Muy elevado

**Peso al momento de casarte (en caso de que aplique)**

- Por debajo del promedio
- Peso promedio
- Por arriba del promedio
- Muy elevado

**Forma actual de tu cuerpo:**

- Manzana
- peras
- No se
- Otro

**Peso actual:**

**Estatura:**

**IMC (Índice de Masa Corporal):**

**Circunferencia de tu cintura:**

## HISTORIAL DE PÉRDIDA DE PESO

*Por favor, consulte los programas de dieta que se aplican a usted e indique la duración.*

- Weight watchers / Duration: \_\_\_\_\_
- Jenny Craig / Duration: \_\_\_\_\_
- Gloria Marshall / Duration: \_\_\_\_\_
- Supresores de apetito / Duration: \_\_\_\_\_
- ¿Algún otro tratamiento con medicamentos? / Duration: \_\_\_\_\_

Detalles sobre cualquier otro método para pérdida de peso (incluyendo cirugía):

- Yes     No

If yes, please explain:

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

## HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

**DIABETES:**

- Padres     Hermano/Hijo     Ninguno     No lo sé     Other:

**ENFERMEDADES DEL CORAZÓN:**

- Padres     Hermano/Hijo     Ninguno     No lo sé     Other:

**HIPERTENSIÓN:**

- Padres     Hermano/Hijo     Ninguno     No lo sé     Other:

# Cuestionario Bariátrico

Página 4

**GOTA:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**CÁLCULOS BILIARES:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**OBESIDAD:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**RONQUIDOS / APNEA DEL SUEÑO:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**ASMA:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**ALERGIAS:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**FIEBRE DEL HENO:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**DERMATITIS / ECZEMA:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**COLESTEROL ALTO:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**OSTEOPOROSIS:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**FRACTURAS DE CADERA:**  Padres  Hermano/  
Hijo  Ninguno  No lo sé  Other:

**¿ALERGIAS?**

Sí  No

Si respondiste "Sí",  
por favor descríbelo  
detalladamente:

# Cuestionario Bariátrico

**ALCOHOL:**  Nunca  Rara vez  Regularmente

¿Qué tipo de alcohol bebes?:  Cerveza  Vino  Licor

**TABAQUISMO:**  Sí  No  Nunca

¿Has fumado en el pasado?:  Sí  No

## HISTORIAL DE CIRUGÍAS

*Por favor describe detalladamente cualquier operación pasada:*

CIRUGÍA:

CIRUGÍA:

CIRUGÍA:

CIRUGÍA:

CIRUGÍA:

## Cuestionario Bariátrico

Página 6

### HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

*¿Alguna vez has sufrido alguno de los siguientes  
problemas de salud?*

**ENFERMEDAD /  
PROBLEMA  
DE SALUD**

**DETALLES**

DIABETES

DIABETES  
DURANTE EL  
EMBARAZO

ASMA

## Cuestionario Bariátrico

Página 7

PROBLEMAS  
RESPIRATORIOS

ARTRITIS O  
DOLOR DE  
ARTICULACIONES

DOLOR DE  
ESPALDA

TRASTORNO  
URINARIO O DE  
LOS RIÑONES

## Cuestionario Bariátrico

Página 8

PROBLEMAS  
NEUROLÓGICOS

TRASTORNO  
PSICOLÓGICO O  
DE LOS NERVIOS

CÁLCULOS  
BILIARES

REFLUJO O  
ACIDEZ



## Cuestionario Bariátrico

Página 9

ÚLCERA  
GÁSTRICA O  
DUODENAL

Empty response box for Gastric or Duodenal Ulcer.

HEPATITIS O  
ENFERMEDAD  
HEPÁTICA

Empty response box for Hepatitis or Liver Disease.

PRESIÓN  
ARTERIAL ALTA

Empty response box for High Blood Pressure.

ENFERMEDAD  
DEL CORAZÓN

Empty response box for Heart Disease.

## Cuestionario Bariátrico

Página 10

COLESTEROL  
ALTO

ANEMIA O  
TRASTORNO  
HEMORRÁGICO

TROMBOSIS O  
TRASTORNO DE  
LA COAGULACIÓN

VENAS  
VARICOSAS O  
HINCHAZÓN EN  
LAS PIERNAS

## Cuestionario Bariátrico

Página 11

ECZEMA O  
ENFERMEDADES  
EN LA PIEL

FIEBRE EL  
HENO O RINITIS

POR FAVOR,  
DESCRIBE SI  
TIENES ALGÚN  
OTRA ENFERME-  
DAD O PROBLEMA  
GRAVE DE SALUD.

### HISTORIAL DE SUEÑO

¿Cuántas horas  
duermes durante la  
noche?:

¿Hay algo que te  
mantenga despierto  
durante la noche?:

 Yes  No

En caso afirmativo, por favor  
bríndanos detalles:

# Cuestionario Bariátrico

## SÍNTOMAS DE APNEA DEL SUEÑO

¿Qué tan seguido roncas?:  Nunca  Rara vez  Ocasionalmente  Frecuentemente  Siempre

¿Te despiertas durante la noche con una sensación de asfixia?:  Nunca  Rara vez  Ocasionalmente  Frecuentemente  Siempre

¿Qué tan seguido duermes más de 8 horas en un periodo de 24 horas?:  Nunca  Rara vez  Ocasionalmente  Frecuentemente  Siempre

¿Te sientes somnoliento durante el día?:  Nunca  Rara vez  Ocasionalmente  Frecuentemente  Siempre

¿Alguien ha notado que dejas de respirar momentáneamente mientras estás dormido?:  Nunca  Rara vez  Ocasionalmente  Frecuentemente  Siempre

¿Qué tan seguido dormitas o te quedas dormido mientras manejas?:  Nunca  Rara vez  Ocasionalmente  Frecuentemente  Siempre

## EMPLEO

¿Tienes empleo actualmente? :  Sí  No

¿Cuál es tu esquema de trabajo?:  Medio tiempo, tiempo completo.

¿Estás buscando trabajo activamente? :  Sí  No

¿Tu peso ha sido un obstáculo para encontrar trabajo?:  Sí  No Si trabajas, por favor describe qué nivel de actividad tienes en tu empleo:  Poco (trabajo sedentario)  Actividad Moderada  Muy activo

# Cuestionario Bariátrico

## MEDICAMENTOS

Por favor, indica si has tomado o no alguno de los siguientes medicamentos. En caso afirmativo, por favor especifica el nombre del medicamento y durante cuánto tiempo lo tomaste.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	PROPÓSITO	TIEMPO DE USO

¿Tu trabajo te provoca presión en el pecho y le provoca falta de aire?:

Nunca   
  Frecuente   
  Anteriormente   
  No lo sé

En caso afirmativo, especifica los detalles.:

## REFLUJO GASTROESOFÁGICO / INDIGESTIÓN

¿Tienes antecedentes de acidez estomacal o indigestión?:

Sí   
  No

En caso afirmativo, ¿qué tan seguido tienes reflujo durante el día?:

Varias veces al día   
  Todos los días   
  Casi todos los días   
  Casi todas las semanas   
  Ocasionalmente

¿Sufres reflujo o indigestión durante la noche?:

Sí   
  No

En caso afirmativo, ¿qué tan seguido?:

Varias veces al día   
  Todos los días   
  Casi todos los días   
  Casi todas las semanas   
  Ocasionalmente

## Cuestionario Bariátrico

Page 14

¿Tienes dificultad para tragar?:  Sí  No

En caso afirmativo, especifica los detalles:

¿Qué agrava o causa tu reflujo?:

¿Has sufrido reflujo de alimentos o fluidos en la boca?:  Sí  No

En caso afirmativo, especifica los detalles:

¿Has vomitado por el reflujo?:  Sí  No

En caso afirmativo, especifica los detalles:

¿Sufres de dolores de garganta recurrentes?:  Sí  No

En caso afirmativo, especifica los detalles:

¿Sufres de voz ronca?:  Sí  No

En caso afirmativo, especifica los detalles:

¿Padeces regularmente de tos durante la noche?  Sí  No

En caso afirmativo, especifica los detalles:

Por favor, haz una lista detallada de cualquier tratamiento que hayas usado para el reflujo, la acidez o indigestión:

### OBSTETRICIA/ GINECOLOGÍA

Por favor, especifica embarazos, nacimientos y abortos:

Entiendo que la divulgación completa es necesaria para mi seguridad médica. Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión, y he respondido estas preguntas con total honestidad para garantizar mi salud y seguridad.

Nombre completo del paciente:

Fecha de la firma