

Medical Record Number

Patient Name

STANFORD HEALTH CARE
STANFORD, CALIFORNIA 94305



CLINICS • BARIATRIC SURGERY
PATIENT QUESTIONNAIRE

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

Page 1 of 8

Clínica interdisciplinaria de bariatría y metabolismo

Stanford Hospital and Clinics

Clínica interdisciplinaria de bariatría y metabolismo

900 Blake Wilbur Drive, W0048, MC 5355, Palo Alto, CA 94304

Coordinador de pacientes nuevos: (650) 736-5800, opción 1

Fax: (650) 723-8378



Cuestionario del paciente

Se requiere este cuestionario.

Por favor, complételo y devuélvalo cuanto antes para ayudarnos a programar su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa: _____ Teléfono móvil: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Médico que le refiere y clínica: _____

Dirección del médico: _____

Número de teléfono del médico: _____ Número de fax del médico: _____

Otros médicos que le atienden: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? (Internet, médico de cabecera, amigo, etc.) _____

SI SE CONTEMPLA LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

¿Desde hace cuánto tiempo ha estado considerando la cirugía bariátrica? _____

¿Cuáles han sido sus principales fuentes de información sobre la cirugía bariátrica?

¿Conoce a otras personas que han tenido una operación para tratar la obesidad? Sí No

¿Estas operaciones han sido exitosas? Sí No

¿Tiene familiares y amigos que apoyan su decisión de someterse a una operación para ayudarle a bajar de peso?

¿Cuáles son las principales razones por las cuales está considerando una operación para ayudarle a bajar de peso?



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

HISTORIAL DIETÉTICO

Indique los programas de dieta que ha intentado. Incluya las fechas y la cantidad de peso que bajó:

Dieta	Fecha aproximada	Número de libras que bajó
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

¿Ha utilizado alguno de los siguientes medios para reducir su peso?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Comer compulsivamente y purgarse | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Comer compulsivamente seguido de restricción alimentaria | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Vómitos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Laxantes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diuréticos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

HISTORIAL DEL PESO

¿Cuál fue su peso máximo? _____ ¿Cuándo? _____

¿Estaba obeso antes de la pubertad? Yes No

Peso actual _____

Estatura actual _____

Por favor haga un cronograma de su peso durante la vida lo mejor que pueda. Incluya los acontecimientos personales importantes (es decir, embarazo, matrimonio, etc.):

Edad	Peso máximo	Acontecimientos importantes
0-13		
13-18		
18-30		
30-50		
50+		

HÁBITOS ACTUALES

¿Cuántos refrescos o gaseosas bebe al día? ____ Dieta Regular

¿Cuántas veces come al día? _____

¿Merienda? En caso afirmativo, describa su merienda: _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Come en medio de la noche? _____



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

- ¿Cuántas calorías cree que come durante un día típico? _____
- ¿Cuántas veces a la semana sale a comer a un restaurante? _____
- ¿Cuántas veces a la semana pide comida para llevar? _____
- ¿Cuántos vasos de agua bebe al día? _____
- ¿Cuántos vasos de café bebe al día? _____ Descafeinado Regular
- ¿Consumo bebidas alcohólicas? De ser sí, ¿cuántas bebidas alcohólicas consume por semana?: ___
- En su hogar, ¿quién cocina? _____
- En su hogar, ¿quién hace las compras de comida? _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Ha tenido alguno de las siguientes afecciones? Sírvase indicar en el espacio a continuación:

Neurológicas:

- Apoplejía (derrame cerebral) _____ Año: _____ ¿Tiene síntomas residuales? _____
- Convulsiones o epilepsia _____
- Dolores de cabeza migrañosos _____

Cardíacas:

- Angina (dolor, presión o tirantez en el pecho) _____
- Ataque al corazón (infarto de miocardio) Cirugía cardíaca previa Stent
 Angioplastia o intervención coronaria percutánea (PCI) por obstrucción coronaria previamente
- Hipertensión (presión arterial alta) _____
 Número de medicamentos tomados para la hipertensión diariamente _____
- Colesterol elevado Número de medicamentos tomados para el colesterol diariamente _____
- Triglicéridos elevados Número de medicamentos tomados para los triglicéridos diariamente _____
- Ritmo cardíaco irregular Palpitaciones Latido cardíaco rápido
- Insuficiencia cardíaca congestiva (líquido en los pulmones) _____
- Edema periférico (hinchazón de los tobillos o las piernas) _____

Pulmonares:

- Asma _____
- Apnea del sueño Usa máscara CPAP o BiPap La máscara fue recetada, pero no puede tolerarla
- Otros problemas respiratorios o del pulmón EPOC grave Tuberculosis
- Embolia pulmonar (coágulo sanguíneo en el pulmón) Usa oxígeno en casa

Endocrinológicas:

- Diabetes Medicina Oral Insulina Estabilizada con la dieta _____
- Problemas tiroides _____

Gastrointestinales / del hígado:

- Reflujo gastroesofágico (ERGE) o acidez frecuente Toma medicamentos para ERGE diariamente
- Cálculos biliares Extirpación de la vesícula biliar _____
- Hernia: Umbilical Inguinal Hernia quirúrgica Ventral/otro tipo de hernia
- Hepatitis o problemas del hígado – Por favor, indique cuáles: _____



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

Renales:

- Problemas con los riñones o la vejiga Insuficiencia renal Diálisis
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (Se le escapa la orina al toser o al reírse)

Vasculares:

- Coágulo sanguíneo o émbolo. Indique la parte del cuerpo donde ocurrió y la fecha: _____
- Estasis venosa en las piernas o mala circulación
- Hematomas o sangrados anormales
- Transfusión de sangre - indique la razón: _____ Año _____

Musculoesqueléticas:

- Dolor de espalda Dolor de cuello ¿Diagnóstico? _____
- Artritis o artropatía degenerativa Caderas Rodillas Tobillos Pies
 - Su actividad está limitada debido al dolor Necesita medicamentos para el dolor diariamente
 - Usa un aparato para ayudar a moverse Bastón Andador Silla de ruedas
 - Lo han operado o tiene programada una cirugía para el dolor de espalda o el dolor articular
- Parte del cuerpo: _____ Año _____

Estado de salud funcional en cuanto a las actividades de la vida diaria:

- Puede cuidarse a sí mismo sin ayuda: bañarse, vestirse, ir al baño
- Depende parcialmente de otras personas para: _____
- Depende totalmente de otras personas

Psiquiátricas:

- Depresión Se trató con medicamentos Se trató con terapia
- Ansiedad General Social Se trató con medicamentos Se trató con terapia
- Enfermedades psiquiátricas Bipolar Trastorno depresivo mayor Otra: _____
- Antecedente de: Malos tratos físicos o Abuso sexual - ¿cuándo? _____
- Alcoholismo: ¿Cuánto alcohol consume diariamente? _____ Si dejó de beber, la fecha: _____
- Drogadicción / uso de drogas ilícitas – ¿Qué tipo?: _____ Si dejó de usarlas, la fecha: _____
- Intento de suicidio

Otros problemas de salud pertinentes:

- Cáncer – año y tratamiento: _____
- Gota
- Fiebre reumática
- Otro - explique: _____

Para mujeres:

- ¿Ha sufrido de anemia (conteo sanguíneo bajo)? Sí No
- ¿Hay antecedentes de osteoporosis en su familia? Sí No
- ¿Ya pasó la menopausia? Sí No
- ¿Está embarazada? Sí No
- ¿Ha estado embarazada alguna vez? Sí No
- ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____
- ¿Cuántos hijos tiene? _____



Medical Record Number

Patient Name

CLINICS • BARIATRIC SURGERY
PATIENT QUESTIONNAIRE

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Indique todas las operaciones que ha tenido:

Operación	Año	Tipo de Anestesia	¿Problemas?
1.			
2.			
3.			
4.			

HOSPITALIZACIONES

Indique las veces que ha estado hospitalizado debido a una enfermedad o un accidente que no requirió cirugía:

	Año
1.	
2.	
3.	

MEDICAMENTOS

Indique todos los medicamentos que toma actualmente, inclusive los que no requieran una receta:

Nombre del medicamento	Dosis/Cantidad	Nº de veces tomado al día
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

En los últimos seis meses, ¿ha tomado esteroides (Prednisona o Cortisona)? Sí No

ALERGIAS

Indique todos los medicamentos / productos médicos que le causan una reacción alérgica o adversa:

Medicamento / Látex / Comida / Betadine, etc.	Tipo de reacción
1.	
2.	
3.	
4.	



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

HÁBITOS

¿Ha fumado alguna vez?

- Nunca
- Sí, pero dejé de fumar en ____ (año), y fumaba aproximadamente ____ cajetillas al día por ____ años
- Sí, actualmente fumo ____ cajetillas al día. He fumado desde hace ____ años

¿Actualmente bebe usted bebidas alcohólicas?

- Sí, bebo más de 7 bebidas por semana
- Sí, bebo menos de 7 bebidas por semana
- Antes bebía alcohol, pero dejé de beber en ____ (año)
- No

¿Actualmente usa drogas ilícitas? Sí No

Tipo/Frecuencia _____

Antes usaba drogas, pero dejé de usarlas en ____ (año)

ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

¿Con quién vive?
¿Cuál es su profesión?
¿Usted trabaja de noche?
¿Cuántas horas al día trabaja fuera de la casa?
¿Cuántas horas al día mira la televisión?
Si usted está discapacitado, ¿cuál es la razón?:
Si usted se quedara muy enfermo, ¿hay alguien que podría cuidarlo?
¿Es usted el cuidador principal de alguien (hijos que dependen de usted, padres, etc.)?
¿Cuáles son sus pasatiempos?

EJERCICIO

¿Hace ejercicio? En caso afirmativo, describa el ejercicio que hace: _____

En caso negativo, ¿cuál es la actividad física más agotadora que hace durante una semana típica?

¿Cuáles de las siguientes actividades físicas puede hacer sin parar para descansar?

- Caminar a un edificio desde un estacionamiento que queda algo lejos
- Subir **un** tramo de escaleras
- Subir **dos** tramos de escaleras
- Ninguna de las anteriores



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Alguno de sus parientes consanguíneos tiene uno de los problemas siguientes? Sírvase indicar cuál pariente y el tipo de problema en el espacio a continuación:

- Enfermedad cardíaca _____
- Diabetes _____
- Enfermedad pulmonar _____
- Apoplejía _____
- Nefropatías _____
- Enfermedad del hígado _____
- Cáncer _____
- Artritis reumatoide _____
- Alcoholismo _____
- Una enfermedad mental grave _____
- Otras enfermedades hereditarias en la familia _____

¿Usted o alguno de sus parientes consanguíneos ha tenido un problema grave con la anestesia?

- Sí Por favor, explique: _____
- No

Indique los pesos aproximados de todos sus familiares (tanto con sobrepeso como con un peso normal):

Abuela materna _____ Abuela paterna _____
Abuelo materno _____ Abuelo paterno _____
Madre _____ Hermana(s) _____
Padre _____ Hermano(s) _____
Hijos _____

RESUMEN DE SÍNTOMAS

¿Actualmente tiene uno de los síntomas siguientes? De ser así, explique:

Sí No

- Dolor de pecho _____
- Desmayos o mareos _____
- Palpitaciones o ritmo cardíaco irregular _____
- Hinchazón de los tobillos _____
- Falta de aire con actividad _____
- Falta de aire cuando sube un tramo de escaleras _____
- Tos crónica o producción de esputo (flema) crónica _____



CLINICS • BARIATRIC SURGERY
PATIENT QUESTIONNAIRE

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sed excesiva _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangre en su flema _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heces negras y viscosas _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrea _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estreñimiento nuevo o frecuente _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida temporal de la visión o visión borrosa _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas con los dientes o las encías _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Debilidad temporal de una o más extremidades _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Debilidad o entumecimiento de la cara _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ardor cuando orina o necesidad frecuente de orinar _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis o dolor articular grave _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de espalda _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sarpullido u otra afección de la piel _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangrado excesivo después de pequeñas cortaduras o cirugía dental _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión/Ansiedad _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aumento o pérdida de peso mayor de 10 libras en los últimos 3 meses (indique cuál de los dos) |

Firma (Paciente o representante correctamente designado)
Signature (Patient or Legally Authorized Representative)

Nombre
(Name)

Relación con el paciente (*Relationship to the Patient*)

Fecha (*Date*)

Hora (*Time*)

Gracias por completar este cuestionario.

Sus respuestas van a ayudar a su médico a entender mejor su salud.

Por favor, envíe este cuestionario por fax o correo a esta dirección:

Stanford Hospital and Clinics
Bariatric & Metabolic Interdisciplinary (BMI) Clinic
900 Blake Wilbur Drive, W0048, MC 5355, Palo Alto, CA 94304
Fax: (650) 723-8378

Instructions to Attending Physician:

Your signature below indicates that you have reviewed the information contained in the entire questionnaire and you have reviewed the pertinent or key finding(s) with the patient and/or family.

Key finding(s) must be summarized in your progress note; however, the questionnaire may be referenced for additional details.

Attending Physician Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____ Time: _____

Pager # _____