

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS.
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRICS**

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos atender mejor sus necesidades.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Médico que lo derivó: _____ Teléfono: _____

Nombre del consultorio: _____

Dirección: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Otro médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Otro médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Núm. de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (*mes/día/año*): _____

Información actual: Estatura (*pies, pulgadas*): _____ Peso (*lbs.*): _____ ICM (BMI): _____ (uso de la oficina)

Duración de la obesidad: Años: _____ Peso máximo: _____ libras. Edad: _____ años

¿Le han hecho una cirugía gástrica con anterioridad (como una derivación)? (*marque uno*) SÍ NO

Si respondió "SÍ" 1) ¿Cuál fue el procedimiento? _____

2) ¿Cuándo le hicieron el procedimiento? _____

ANTECEDENTES PERSONALES Y SOCIALES

Ocupación: _____

Uso de tabaco: SÍ NO *Si respondió "sí", especifique la frecuencia* _____

E-Cigarettes: SÍ NO *Si respondió "sí", ¿Contienen nicotina?* _____

Uso de alcohol: SÍ NO *Si respondió "sí", especifique la frecuencia* _____

Sustancias ilegales: SÍ NO *Si respondió "sí", especifique la frecuencia* _____

Marihuana medicinal: SÍ NO *Si respondió "sí", especifique la frecuencia* _____

Estado civil: (*casado/soltero*): _____ Núm. de hijos: _____

Hijo con sobrepeso: SÍ NO ¿La familia apoya su pérdida de peso?: SÍ NO

HISTORIA DE EJERCICIO

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Promedio total de horas de ejercicio a la semana: _____

Ejercicio de su preferencia (*por ej. caminar, correr, jugar tenis, nadar*): _____

Impedimentos para hacer ejercicio (*por ej. tiempo, dolor, fatiga, falta de interés*): _____

¿Ha sufrido lesiones debido a su peso? SÍ NO

Si es así, por favor descríbalas: _____

¿Puede caminar sin ayuda? SÍ NO

Si no puede, ¿qué usa como ayuda? _____

¿Usa algún tipo de monitor de actividad? SÍ NO

Si es así, ¿qué tipo? _____



**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS.
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRICS**

HISTORIA DE ALIMENTACIÓN

Hábitos alimenticios: (escriba su consumo de alimentos usual, todos los alimentos y bebidas, en un período de 24 horas):

Desayuno: _____

Comida: _____

Cena: _____

Refrigerios: _____ Bebidas: _____

¿Quién compra los alimentos? _____ ¿Cuánto gasta en alimentos a la semana? \$ _____

¿Lee los ingredientes o las etiquetas con información nutricional de los alimentos? SÍ NO

¿Cuántas comidas hace en restaurantes cada semana? _____

Escriba sus antojos específicos de comida: _____

Comer como impulso emotivo: (comer como respuesta al estrés, ansiedad, enojo, etc. por favor especifique): _____

(Por favor marque "Sí" o "No")

Trastorno alimentario compulsivo (apetito desenfrenado):

	Sí	No
Ingerir más comida que otras personas en un período de 2 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapaz de parar de comer o de controlar la cantidad de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer rápidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer hasta sentirse lleno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer cuando NO tiene hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer solo porque se siente avergonzado de comer estas cantidades frente a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (dulces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia (días/semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportamiento compensatorio:

Purgarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayunar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar laxantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejercicio excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Métodos anteriores para bajar de peso: Duración y pérdida de peso total (*marque y llene todas las dietas que ha tratado)

	Tiempo en el programa (meses)	Peso que bajó (libras)	Pérdida de peso mantenida (meses)
Auto-dirigidos			
<input type="checkbox"/> Reducir porciones	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Reducir refrigerios	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Reducir los dulces	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ejercicio	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____	_____
Dietas			
<input type="checkbox"/> Atkins	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Carbohidratos	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sopa de col	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____	_____
Grupos			
<input type="checkbox"/> Weight Watchers	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Overeaters	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Jenny Craig	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____	_____

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS.
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRICS**

Métodos anteriores para bajar de peso (continúa):

	Tiempo en el programa (meses)	Peso que bajó (libras)	Pérdida de peso mantenida (meses)
Recetado (Medicamento supervisado por un médico)			
<input type="checkbox"/> Meridia	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Xenical	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Phen-fen	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____	_____
Surgery			
<input type="checkbox"/> Grapado de estómago	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gastroplastia vertical con banda	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Banda	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gastroplastia	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Bypass en Y de Roux	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Manga gástrica	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cruce duodenal	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____	_____
Otros métodos			
<input type="checkbox"/> SlimFast	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____	_____

HISTORIA MÉDICA

(Por favor marque "Sí" o "No")

Enfermedades relacionadas a la obesidad

	Sí	No	Inicio, duración / por favor explique
Diabetes de tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Complicaciones de la diabetes (enfermedad renal, enfermedad de las retinas, neuropatía periférica, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolor de articulaciones/ Nivel de discapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Apnea del sueño (Diagnóstico médico) (CPAP/BiPAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reflujo gastroesofágico: GERD (acidez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colesterol o triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Irregularidad menstrual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión o ansiedad (tratamiento actual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TVP/Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hígado graso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Síndrome de ovarios poliquísticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Historia médica pasada

Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS.
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRICS**

(Por favor marque "Sí" o "No")

Sí No

Inicio, duración / por favor explique

Mujeres:

¿Cuándo fue su última mamografía? Fecha: _____

¿Cuándo fue su último Papanicolaou? Fecha: _____

¿Le han hecho alguna colonoscopia? _____

Hombres:

¿Le han hecho un examen de la próstata? _____

¿Le han hecho alguna colonoscopia? _____

Cirugías: _____

Cirugía 1 _____ Fecha: _____

Cirugía 2 _____ Fecha: _____

Cirugía 3 _____ Fecha: _____

Antecedentes familiares

Obesidad _____

Hipertensión _____

Diabetes de tipo 2 _____

Enfermedad de las arterias coronarias _____

TVP/Embolia pulmonar _____

Cáncer _____

Otro: _____ _____

Otro: _____ _____

Otro: _____ _____

ALERGIAS

Enumere cualquier alergia e intolerancia a **medicamentos, alimentos y ambientales.**

Alergia:	Reacción:

MEDICAMENTOS

Enumere cualquier medicamento que toma, con la dosis y la frecuencia. Use el reverso si necesita más espacio.

Nombre del medicamento:	Dosis:	Frecuencia	Razón por la que lo toma

Enumere cualquier medicamento, vitamina, suplementos y medicinas de venta libre que toma

1.	4.
2.	5.
3.	6.

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS.
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRICS**

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

En los últimos 30 días, ¿ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

GENERAL			GASTROINTESTINAL			PSIQUIÁTRICO		
Escalofríos	Sí	No	Dolor abdominal	Sí	No	Ansiedad	Sí	No
Fatiga o debilidad	Sí	No	Heces alquitranadas	Sí	No	Depresión	Sí	No
Fiebre	Sí	No	Estreñimiento	Sí	No	Ataques de pánico	Sí	No
Sudores nocturnos	Sí	No	Dolor al evacuar	Sí	No	Insomnio	Sí	No
Aumento de peso	Sí	No	Diarrea	Sí	No			
Pérdida de peso	Sí	No	Reflujo o acidez estomacal	Sí	No	SKIN		
			Falta de apetito	Sí	No	PIEL	Sí	No
Oídos, ojos, nariz y garganta			Náusea	Sí	No	Alergias por contacto	Sí	No
Dolores de cabeza	Sí	No	Vómitos	Sí	No	Comezón en la piel	Sí	No
Vista borrosa o doble	Sí	No				Mala cicatrización de las heridas	Sí	No
Secreción de los ojos	Sí	No	GENITOURINARIO			Sarpullido	Sí	No
Dolor de ojos	Sí	No	Micción frecuente	Sí	No			
Pérdida o cambios de la vista	Sí	No	Incontinencia urinaria	Sí	No	MUSCULOSKELETAL		
Dolor de oído	Sí	No	Dolor al orinar	Sí	No	Dolor de espalda	Sí	No
Secreción de los oídos	Sí	No	Sangre en la orina	Sí	No	Dolor en el cuello	Sí	No
Pérdida de la audición	Sí	No	Problemas para empezar o terminar de orinar	Sí	No	Dolor de pies o tobillos	Sí	No
Zumbido o ruido en los oídos	Sí	No	Mujeres			Neuropatía en los pies	Sí	No
Problemas en los senos nasales	Sí	No	Menstruación abundante	Sí	No	Dolor de rodillas	Sí	No
Rinorrea (secreción nasal)	Sí	No	Dolor con la menstruación	Sí	No	Dolor de cadera	Sí	No
Dificultad para tragar	Sí	No	Secreción vaginal	Sí	No	Dolor de las articulaciones	Sí	No
Dolor de garganta o ronquera	Sí	No	Dolor con la relación sexual	Sí	No	Inflamación de las articulaciones	Sí	No
			Hombres			Debilidad muscular	Sí	No
RESPIRATORIO			Secreción del pene	Sí	No			
Tos	Sí	No	Erecciones dolorosas	Sí	No	HEMATOLÓGICO		
Dificultad para respirar	Sí	No				Tendencia a tener hemorragias	Sí	No
Exposición a la tuberculosis	Sí	No	METABÓLICO/ENDOCRINO			Coágulos sanguíneos	Sí	No
Sibilancia	Sí	No	Intolerancia al frío	Sí	No	Moretones con facilidad	Sí	No
			Intolerancia al calor	Sí	No			
CARDIOVASCULAR			Apetito excesivo	Sí	No	INMUNOLÓGICO		
Dolor torácico (del pecho)	Sí	No	Sed excesiva	Sí	No	Alergias ambientales	Sí	No
Soplo cardíaco	Sí	No	Pérdida del cabello	Sí	No	Alergias a alimentos	Sí	No
Arritmia cardíaca	Sí	No	Cabello quebradizo	Sí	No	Alergias estacionales	Sí	No
Palpitaciones	Sí	No	Uñas quebradizas	Sí	No			
Dolor en las pantorrillas al caminar	Sí	No						
Hinchazón de las piernas	Sí	No	NEUROLÓGICO					
Sentir las extremidades frías o entumecidas	Sí	No	Problemas para caminar	Sí	No			
Dolor en los brazos	Sí	No	Mareos	Sí	No			
			Mala coordinación	Sí	No			
			Pérdida de la memoria	Sí	No			
			Convulsiones	Sí	No			
			Temblores	Sí	No			
			Caídas	Sí	No			

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS ADICIÓN
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRIC ADDENDUM**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac: _____ Fecha: _____

Por favor responda las siguientes preguntas para que podamos atender mejor sus necesidades.

¿Qué es lo que más le molesta sobre su peso? _____

¿Qué le ha causado o provocado que aumente de peso en el pasado? _____

	Medidas del paciente (Por favor llénelo)		Edad	Peso
Estatura		Peso al nacer		
Peso corporal inicial		Después de la pubertad		
Peso corporal ideal		En su graduación de la preparatoria		
Exceso de peso corporal				
Peso corporal objetivo		Peso más bajo en los últimos 5 años		
Estructura Corporal (marque una) Pequeña Mediana Grande		Peso más alto en los últimos 5 años		

Patrones de energía

(Por favor marque la respuesta que corresponda)

¿Cuál es su nivel de energía en las mañanas? Muy bajo Bajo Moderado Alto Muy alto

¿Cuál es su nivel de energía en las noches? Muy bajo Bajo Moderado Alto Muy alto

¿Trabaja usted el turno de la tarde o noche? Sí No

¿Su turno cambia de días a noches? Sí No

¿Se considera una persona madrugadora o persona nocturna? _____

Historia de Alimentación

Por favor denos una idea de sus hábitos y patrones alimenticios:

Preguntas generales sobre su alimentación

¿Quién cocina por lo general? _____

¿La comida de cocina en casa tiene alguna influencia étnica en particular? (Si es así, por favor marque cuál)

Latina del Oriente Medio Hindú Kósher Asiática Africana Otra

¿Obtiene comida por medio de WIC o Asistencia Alimenticia? Sí No



**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS ADICIÓN
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRIC ADDENDUM**

Historia de Alimentación (sigue)

Por favor denos una idea de sus hábitos alimenticios personales:

Hábitos alimenticios personales

¿Qué tanta comida procesada come? Todos los días A veces Raras veces Nunca

¿Compra sus frutas y vegetales en un mercado de campesinos? Sí No

¿Toma bebidas de café por las mañanas? Sí No

Si es así, ¿qué le agrega al café? (como: leche en polvo de sabores, azúcar, sustitutos de azúcar, etc.) _____

¿Toma bebidas endulzadas con azúcar como refrescos y bebidas deportivas? Sí No

Si es así, ¿qué tipo? _____ ¿Cuántas onzas al día? _____

Comer socialmente

Describe la última vez que se reunió con amigos _____

¿Quién preparó los alimentos? _____

¿Qué comió? _____

¿Involucró hacer ejercicio? Sí No

Análisis de su estilo de vida

Estas preguntas nos dan una idea de las cuestiones de su estilo de vida que son importantes para usted y que pueden estar relacionadas al peso.

Preguntas específicas sobre el uso del alcohol (evaluación CAGE): Sí No

¿Alguna vez ha sentido la necesidad de **reducir** su consumo? Sí No

¿Se ha sentido **molesto** por las críticas sobre su consumo de alcohol? Sí No

¿Ha tenido sentimientos de **culpa**? Sí No

¿Alguna vez ha tomado una bebida en la mañana para **animarse**? Sí No

PREGUNTAS SOBRE EL ESTRÉS

¿Ha estado hospitalizado durante el año anterior?	Sí	No
¿Ha estado hospitalizado más de 7 días durante su vida?	Sí	No
¿Cuántas horas trabaja a la semana?	Sí	No
¿Está satisfecho con su trabajo?	Sí	No
¿Se siente bajo presión en el trabajo?	Sí	No
¿Se lleva bien con sus compañeros de trabajo?	Sí	No
¿Se lleva bien con su cónyuge o pareja?	Sí	No
¿Se lleva bien con otros parientes?	Sí	No
¿Algún pariente cercano ha estado enfermo de gravedad durante el año pasado?	Sí	No
¿Siente que hay tensión en su casa?	Sí	No
¿Se siente solo?	Sí	No
¿Tiene alguien en quien pueda confiar y contarle cosas?	Sí	No
¿Se lleva bien con otras personas?	Sí	No
¿Qué tan seguido se siente abrumado por las exigencias de la vida diaria?	Sí	No
¿Suele ser influenciado por otras personas con opiniones fuertes?	Sí	No

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS ADICIÓN
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRIC ADDENDUM
PREGUNTAS SOBRE EL ESTRÉS (sigue)**

¿Tiende a preocuparse sobre la opinión de otros sobre usted?	Sí	No			
¿Tiene dificultad para respirar o siente que no puede obtener suficiente aire?	Sí	No			
¿Se siente cansado y sin energía?	Sí	No			
¿Está irritable?	Sí	No			
¿Se siente triste o deprimido?	Sí	No			
¿Se siente tenso o “encordado”? ¿Le dan ataques de “pánico”?	Sí	No			
¿Ha perdido el interés en la mayoría de las cosas?	Sí	No			
¿Cómo calificaría su nivel de estrés?	Sí	No			
¿Cómo calificaría su nivel de estrés?	BAJO	MEDIANO	ALTO	INTERMITENTE	ALTO
¿Cómo calificaría su calidad de vida?	EXCELENTE	BUENA	REGULAR	POBRE	TERRIBLE

Embarazos/Infertilidad

¿Edad de su primera menstruación? _____ Fecha de su última menstruación: _____
Número total de embarazos _____ Núm. de nacimientos vivos _____ Núm. de abortos o pérdidas _____

¿Tuvo diabetes gestacional?	Sí	No
¿Pre eclampsia?	Sí	No
¿Síndrome HELLP?	Sí	No
¿Hipertensión durante el embarazo?	Sí	No
¿El doctor la puso en reposo total durante el embarazo?	Sí	No
¿Tuvo otras complicaciones obstétricas?	Sí	No
¿Cuál fue el peso de sus hijos al nacer? _____		
¿Se considera infértil?	Sí	No
¿Ha tenido algún tratamiento para la infertilidad?	Sí	No
¿Usa actualmente pastillas anticonceptivas?	Sí	No
¿Está tomando tratamiento de reemplazo hormonal?	Sí	No

Historial de sueño

El sueño tiene un papel mayor en el sobrepeso y la obesidad.

¿Cuánto tiempo duerme usted en promedio cada noche? 4-5 Horas 6-8 Horas Más de 8 horas

¿Tiene sueño agitado?	Sí	No
¿Se tarda mucho en quedarse dormido? ¿Cuánto tiempo en promedio? _____	Sí	No
¿Se despierta temprano y le cuesta trabajo volverse a dormir?	Sí	No
¿Se siente cansado en las mañanas cuando despierta?	Sí	No
¿Cómo es el ambiente del cuarto donde duerme?	Sí	No
Cuarto oscuro:	Sí	No
Duerme con perros:	Sí	No
¿Tiene insomnio?	Sí	No
¿Toma algún medicamento para dormir? Si es así, ¿qué tipo? _____	Sí	No
¿Ronca durante la noche?	Sí	No
¿Su pareja le ha dicho alguna vez que deja de respirar mientras duerme?	Sí	No

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS ADICIÓN
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRIC ADDENDUM**

Califique qué tan posible es que se quede dormido durante cada una de las situaciones. Marque con un círculo de 0 a 3 puntos el que describe mejor cada situación y después sume el total de sus respuestas. Aún si no le ha pasado recientemente, trate de recordar cómo le han afectado.

0 puntos = Nunca me quedaría dormido **2 puntos** = Posibilidad moderada de quedarme dormido
1 punto = Ligera posibilidad de quedarme dormido **3 puntos** = Alta posibilidad de quedarme dormido

SITUACIÓN					
A.	Sentado y leyendo	0	1	2	3
B.	Viendo la TV	0	1	2	3
C.	Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo en el cine o una junta)	0	1	2	3
D.	De pasajero en un carro por una hora sin un descanso	0	1	2	3
E.	Acostado para descansar en la tarde cuando la circunstancias lo permiten	0	1	2	3
F.	Sentado platicando con otra persona	0	1	2	3
G.	Sentado tranquilamente después de la comida	0	1	2	3
H.	En el carro, mientras está detenido unos minutos en el tráfico	0	1	2	3
Totales					
				TOTAL	

Calificación total:

1-7 Ninguna anomalía; 8-9 Somnolencia promedio durante el día; 10-15 Somnolencia excesiva y 16-24 Demasiada somnolencia excesiva. Las últimas dos categorías significan que deben hacerse más evaluaciones (Johns MW. A Nuevo método para medir la somnolencia durante el día: La escala de somnolencia de Epworth. 1991;14(6):540-5).

Historia psicosocial

Preguntas de detección de su historia psicosocial:

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

¿Intento de suicidio?	Sí	No
¿Antecedentes familiares de suicidio?	Sí	No
¿Historia de trastorno bipolar?	Sí	No
¿Trastorno obsesivo compulsivo?	Sí	No
¿Alguna fobia o evitar cosas específicas o situaciones?	Sí	No
¿Trastorno de estrés post traumático?	Sí	No

¿Durante las últimas dos semanas ha experimentado alguno de los siguientes?

¿Ha perdido interés en actividades que antes disfrutaba?	Sí	No
¿Culpabilidad, sentimientos de inutilidad, impotencia, o desesperanza?	Sí	No
¿Menor energía?	Sí	No
¿Falta de concentración?	Sí	No
¿Problemas de apetito, mayor o menor agitación?	Sí	No
¿Muerte de un familiar cercano o amigo?	Sí	No

Evaluación de abuso:

¿El año pasado alguna persona le ha pegado, pateado, o lastimado físicamente?	Sí	No
¿Alguna vez ha estado en una relación con alguien que le amenaza o lastima físicamente?	Sí	No
¿Alguna vez le han forzado a tener contacto sexual con el que usted no se sentía cómodo?	Sí	No
¿Alguna vez han abusado de usted? Si es así, describa quién y cuándo: _____	Sí	No

**HISTORIA MÉDICA DE PACIENTE NUEVO-
SERVICIOS BARIÁTRICOS ADICIÓN
NEW PATIENT MEDICAL HISTORY -
BARIATRIC ADDENDUM**

Cirugías bariátricas anteriores

***Por favor llene esta información si ha tenido un procedimiento quirúrgico para bajar de peso anteriormente:**

¿Tiene problemas con un procedimiento anterior? Sí No

¿Está interesado en una revisión de un procedimiento para bajar de peso anterior? Sí No

Fecha del procedimiento _____

Nombre del cirujano que llevó a cabo el procedimiento _____

¿Cuánto pesaba antes del procedimiento? _____

¿Cuál fue su peso más bajo después del procedimiento? ¿Cuántos meses después del procedimiento fue su peso más bajo? _____

¿Tuvo algún reingreso al hospital después de la cirugía? Sí No

¿Por qué? _____

¿Tuvo que tener otra cirugía por cualquier razón después del procedimiento original? Sí No

¿Por qué? _____

¿Qué problemas médicos tuvo antes de la cirugía? Escriba una lista completa: _____

Banda gástrica ajustable

¿Qué tipo de banda le pusieron? _____

¿Cuándo fue a su seguimiento normal y a que le hicieran los rellenos? _____

¿Cuánto líquido cree que tiene dentro de la banda? _____

¿Se siente lleno? _____

¿Vomita después de las comidas? _____

¿Cuándo le hace los rellenos, siente que no puede comer? _____

¿Cuándo le hicieron el último relleno? _____ ¿Cuánto líquido le pusieron en la banda? _____

¿Ha tenido alguna complicación con la banda? ¿Erosión? ¿Deslizamiento o prolapso? ¿Problemas con el Puerto? _____

¿Quiere que le retiren la banda? _____

¿Quiere un segundo procedimiento bariátrico? Sí No Gastrectomía en manga Derivación Gástrica

Cruce duodenal

¿Le han hecho recientemente una serie gastrointestinal superior (radiografías)? Sí No

¿Dónde se la hicieron? _____

¿Le han hecho una endoscopia superior (EGD) para ver su cirugía desde adentro? Sí No

¿Qué medico hizo la endoscopia superior (EGD)? _____

¿Tiene una copia del reporte quirúrgico? Sí No _____

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA (Centro de Salud/Clinica)
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
MEDICAL INFORMATION (Health Center/Clinic)**

Organización que divulga la información	
Centro: _____	
Dirección: _____	
Ciudad, Estado	Código Postal
Fax:	Teléfono:

A quién se le dará la información	
Entidad/Persona: _____	
Dirección: _____	
Ciudad, Estado	Código Postal
Fax:	Teléfono:

Información del paciente:	Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
	Dirección: _____	Teléfono: _____
Fechas solicitadas:	DE: _____	A: _____

***La solicitud de su expediente puede tener un CARGO**

Expedientes que solicita:	Expedientes del Centro de Salud/Clinica <input type="checkbox"/> Visita al consultorio/reporte de progreso <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico <input type="checkbox"/> Reporte de patología <input type="checkbox"/> Reporte del laboratorio <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Reporte de ECG <input type="checkbox"/> Reporte de imágenes /radiografías <input type="checkbox"/> Imágenes/ radiografías CD/Placas <hr/> <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Visita al consultorio de salud mental/psiquiátrico <input type="checkbox"/> Expediente médico oficial <input type="checkbox"/> Otro _____	Expedientes hospitalarios (Únicamente de un hospital que no pertenezca a Banner) <input type="checkbox"/> Todos los expedientes pertinentes (incluye los siguientes) <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Reporte de Urgencias <input type="checkbox"/> Reporte de ECG <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y examen físico <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico <input type="checkbox"/> Reporte de patología <input type="checkbox"/> Lista de problemas <input type="checkbox"/> Reporte de radiografías <input type="checkbox"/> Otro _____
	Otros expedientes: <input type="checkbox"/> Expediente de facturación <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Fotografías Explicación más detallada de la solicitud: _____	

Forma de entrega de los expedientes:	Copias en papel <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Mensajero <input type="checkbox"/> Fax Copias electrónicas <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> NO DESEO que mi expediente electrónico sea encriptado <input type="checkbox"/> DESEO que mi expediente electrónico sea encriptado NOTA: Siempre existe cierto riesgo de que un tercero pueda tener acceso a su información protegida de salud (PHI por sus siglas en inglés) sin su consentimiento cuando la comunicación por medio de medios electrónicos o el correo electrónico no están encriptados. No nos hacemos responsables por cualquier acceso no autorizado a medios electrónicos o correos electrónicos no encriptados o por cualquier riesgo (por ejemplo un virus) que pueda introducirse a su computadora o aparato cuando reciba su PHI en formato electrónico o email.																																							
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td align="center" colspan="20">Email para recibir el expediente</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p align="center">(Llene ÚNICAMENTE si pidió que se le envíe el expediente por email)</p> <p align="center">*Los datos no encriptados enviados por email pueden ser interceptados por personas no autorizadas*</p>	Email para recibir el expediente																																						
Email para recibir el expediente																																								
Objetivo:	<input type="checkbox"/> Para mí <input type="checkbox"/> Continuación de atención médica <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____																																							





**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA (Centro de Salud/Clínica)
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
MEDICAL INFORMATION (Health Center/Clinic)**

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades contagiosas, a la atención de salud mental y psiquiátrica, al tratamiento para el abuso del alcohol y las drogas y pruebas genéticas: mi firma autoriza la divulgación de esta información.

Puedo negarme a firmar este formulario de autorización. Entiendo que Banner no condicionará ni negará darme tratamiento basado en la firma de esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto en la medida que ya se haya tomado alguna acción basada en esta autorización. La notificación de las prácticas de privacidad de Banner Health explica el proceso para revocar la autorización, el cual incluye una solicitud por escrito.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización corresponde a las fechas especificadas en esta autorización. A menos que yo revoque esta autorización antes, expirará a los 12 meses de la fecha en que fue firmada. Entiendo que si esta información se divulga a terceros, la información puede ya no estar protegida por las leyes estatales y federales y puede ser divulgada por la persona u organización que reciba la información.

Yo, libero a Banner Health, a sus empleados y representantes, al personal médico y socios comerciales de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior en la medida que está indicado y autorizado aquí.

Sí No LOS EXPEDIENTES SOLICITADOS INCLUYEN INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO PARA LA ADICIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL. Si es así, autorizo la divulgación de mi información de tratamiento contra las drogas o alcohol con el siguiente propósito:

La información que será divulgada debe incluir mi expediente solicitado completo excepto por la siguiente información: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante legal _____ Fecha _____

Relación con el paciente: _____

Para uso del hospital únicamente (For Healthcare Use Only)		
Employee printed name who completed/reviewed form with patient:		
Verbal Release or Viewed EMR (document information/person authorized):		
Date Received:	Date Completed:	Processing Initials:
POA Verified:	ID/License Verified:	
Comments for CROI:		

Persona que recogió el expediente: _____ Fecha _____