

Nombre del paciente <i>Patient name</i>			
MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>

Cirugía Bariátrica

Cuestionario

Questionnaire - Bariatric Surgery

Página 1 de 7

Page 1 of 7

Información personal <i>(Al momento del registro en la sesión de información)</i> Personal Information <i>(At time of information session registration)</i>		Fecha (mes/día/año) <i>Today's date (month/day/year)</i> / /	
Dirección particular <i>Home address</i>		Ciudad <i>City</i>	Estado <i>State</i>
Número de teléfono: <i>Telephone number:</i> Particular <i>Home</i>		Ocupación <i>Occupation</i>	
Trabajo <i>Work</i>		Otro <i>Other</i>	
Situación laboral: <i>Employment status:</i> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <i>Full-time</i> <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <i>Part-time</i> <input type="checkbox"/> Independiente <i>Self-employed</i> <input type="checkbox"/> Ama de casa <i>Homemaker</i> <input type="checkbox"/> Estudiante <i>Student</i> <input type="checkbox"/> Jubilado/a <i>Retired</i> <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <i>Disabled</i> <input type="checkbox"/> Desempleado <i>Unemployed</i>			
Seguro médico <i>(indicar todos)</i> <i>Insurance (list all)</i>			
Referido por <i>Referred by</i>		Proveedor de atención médica primaria (D.M., M.N., A.M.) <i>Primary care provider (M.D., N.P., P.A.)</i>	
Raza <i>(marcar todas las opciones que correspondan):</i> <i>Race (check all that apply):</i> <input type="checkbox"/> Caucásico <i>Caucasian</i> <input type="checkbox"/> Hispánico <i>Hispanic</i> <input type="checkbox"/> Asiático <i>Asian</i> <input type="checkbox"/> Afroamericano <i>African American</i> <input type="checkbox"/> Nativo Americano <i>Native American</i> <input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico/Hawaiano <i>Pacific Islander/Hawaiian</i> <input type="checkbox"/> Otro <i>Other</i>			

Historial de Peso (Continuación) Weight History

Peso más alto/fecha <i>Highest weight/date</i>	Peso más bajo/fecha <i>Lowest weight/date</i>	Peso actual <i>Current weight</i>	Altura: <i>Height:</i> _____ pies _____ pulgadas <i>feet inches</i>	Sobrepeso infantil: <i>Childhood – overweight:</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Yes No</i>
---	--	--------------------------------------	--	---

¿Durante cuántos años ha tenido obesidad? _____
How many years have you been obese

¿Por qué cree que tiene sobrepeso? – marcar (✓) todas las opciones que correspondan:
Why do you think you are overweight – check (✓) all that apply:

- Comer en exceso durante las comidas
Overeat at meals
 Falta de ejercicio
Lack of exercise
 Demasiados bocadillos
Snack too much
 Comer alimentos "inadecuados"
Eat "wrong" foods
 Herencia
Heredity
 Otro _____
Other

Cirugía Bariátrica

Questionario (Continuación)

Página 2 de 7

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------

Historial de Peso (Continuación) *Weight History (Continued)*

Indique todas las dietas anteriores, incluidas las fechas y los resultados:

List all previous diets, including dates and results:

Fecha (m/d/a) <i>Date (m/d/y)</i>	Dieta <i>Diet</i>	Durante Cuánto Tiempo Realizó la Dieta <i>How Long Did You Stay on Diet</i>	Resultados <i>Results</i>
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

¿Cuál considera que es su peso corporal ideal? _____
What do you consider your ideal body weight

¿Qué peso espera mantener después de la cirugía bariátrica? _____
What weight do you expect to maintain after bariatric surgery

¿Conoce a alguna persona que se haya sometido a una cirugía bariátrica? Sí No
Do you know anyone who has had bariatric surgery: Yes No

Historia Médica y Quirúrgica *Medical and Surgical History*

Fecha (mes/día/año) <i>Date (month/day/year)</i>	Indique Todas las Operaciones Anteriores <i>List All Past Operations</i>
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

Cirugía Bariátrica

Questionario (Continuación)

Página 4 de 7

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------

Historia Médica y Quirúrgica (Continuación) *Medical and Surgical History*

	Sí Yes	No No	Si la respuesta es sí, describa <i>If Yes, Describe</i>
Dificultad para respirar <i>Shortness of breath</i> Si la respuesta es sí: <i>If yes:</i> <input type="checkbox"/> Al hacer actividad <input type="checkbox"/> Al descansar <i>With activity At rest</i>			
Problema de circulación sanguínea/apoplejía <i>Blood flow problem/stroke</i>			
Hinchazón o dolor en la parte inferior de la pierna <i>Lower leg swelling or sores</i>			
Coágulos de sangre, en pierna o pulmón <i>Blood clots – leg or lung</i>			
Problema de azúcar en la sangre o diabetes <i>Blood sugar problem or diabetes</i> En el caso de diabetes: <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <i>If diabetes: Type 1 Type 2</i>			
Problema de tiroides <i>Thyroid problem</i>			
Colesterol alto/triglicéridos altos <i>High cholesterol/triglycerides</i>			
Gota <i>Gout</i>			
Ronquido excesivo <i>Excessive snoring</i>			
Apnea del sueño <i>Sleep apnea</i> Si la respuesta es sí, ¿usa CPAP (presión positiva continua en la vía aérea?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>If yes, do you use CPAP: Yes No</i>			
Hipertensión pulmonar <i>Lung high blood pressure</i>			
Asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica <i>Asthma/Chronic obstructive pulm. disease</i>			
Reflujo ácido o acidez <i>Acid reflux or heart burn</i>			
Úlceras estomacales <i>Stomach ulcers</i>			
Problemas o cálculos en la vesícula biliar <i>Gallbladder problems or stones</i>			
Enfermedad hepática <i>Liver disease</i>			

Cirugía Bariátrica

Questionario (Continuación)

Página 5 de 7

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------

Historia Médica y Quirúrgica (Continuación) *Medical and Surgical History*

	Sí Yes	No No	Si la respuesta es sí, describa <i>If Yes, Describe</i>
Dolor articular o dolor de espalda <i>Joint pain or back pain</i>			
Artritis/dolor muscular <i>Arthritis/Muscle pain</i>			
Esterilidad, problemas ováricos o menstruales <i>Infertility, ovary or menstrual problems</i>			
Problemas urinarios o incontinencia <i>Urinary problems or leaking</i>			
Problemas o cálculos renales <i>Kidney problem or stones</i>			
Problemas o irregularidad intestinal <i>Bowel problems or irregularity</i>			
Hernia: abdominal, inguinal, hiatal <i>Hernia – belly, groin, hiatal</i>			
Dolores de cabeza o migraña <i>Headache or migraine problem</i>			
Ansiedad <i>Anxiety</i>			
Depresión <i>Depression</i>			
Otra enfermedad psicológica <i>Other psychological illness</i>			
¿Alguna vez lo/a internaron por motivos psicológicos? <i>Have you ever been hospitalized for psychological reasons?</i> Si la respuesta es sí, cuándo _____ <i>If yes, when</i>			
Dependencia de sustancias químicas <i>Chemical dependency</i>			
¿Alguna vez realizó un tratamiento por alcoholismo o drogadicción? <i>Have you ever had treatment for drug or alcohol dependence</i>			
Problema para caminar <i>Walking problem</i>			
Flacidez abdominal/problemas en la piel <i>Belly fat apron/skin problem</i>			

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------

Antecedentes Familiares
Family History

Indique cualquier enfermedad familiar significativa, especialmente diabetes, hipertensión, enfermedad cardíaca y cáncer en sus padres, abuelos o hermanos/as. Si un miembro de la familia falleció, indique qué edad tenía al momento de fallecer.

List any significant family illnesses, especially diabetes, high blood pressure, heart disease, and cancer in your parents, grandparents brothers or sisters. If family member is deceased, list their age at the time of death.

Antecedentes Sociales
Social History

Estado civil: <i>Marital status:</i> <input type="checkbox"/> Soltero/a <i>Single</i> <input type="checkbox"/> Casado/a <i>Married</i> <input type="checkbox"/> Divorciado/a <i>Divorced</i> <input type="checkbox"/> Viudo/a <i>Widowed</i>	Cantidad de hijos y sus edades <i>Number of children and their ages</i>
--	--

Antecedentes de tabaquismo: <i>Smoking history:</i> <input type="checkbox"/> Anteriormente <i>Past</i> Durante _____ años <i>For # years</i> Paquetes por día _____ <i>Packs per day</i> Fecha en la que dejó de fumar (m/d/a) ____ / ____ / ____ <i>Date stopped (m/d/y)</i> <input type="checkbox"/> Actualmente <i>Present</i> Durante _____ años <i>For # years</i> Paquetes por día _____ <i>Packs per day</i> Fecha objetivo para dejar de fumar (m/d/a) ____ / ____ / ____ <i>Stop date goal (m/d/y)</i>
--

Consumo de alcohol: <i>Alcohol use:</i> <input type="checkbox"/> Anteriormente <i>Past</i> Fecha en la que dejó de consumir alcohol (m/d/a) ____ / ____ / ____ <i>Date stopped (m/d/y)</i> <input type="checkbox"/> Actualmente <i>Present</i> Frecuencia _____ <i>How often</i> Cantidad _____ <i>How much</i>

Consumo de drogas: <i>Drug use:</i> <input type="checkbox"/> Anteriormente <i>Past</i> Fecha en la que dejó de consumir (m/d/a) ____ / ____ / ____ <i>Date stopped (m/d/y)</i> <input type="checkbox"/> Actualmente <i>Present</i> Frecuencia _____ <i>How often</i> Cantidad _____ <i>How much</i>

Cirugía Bariátrica

Questionario (Continuación)

Página 7 de 7

Nombre del paciente <i>Patient name</i>	MHN <i>MHN</i>	Fecha de nacimiento <i>DOB</i>	Edad <i>Age</i>	Sexo <i>Gender</i>
--	-------------------	-----------------------------------	--------------------	-----------------------

Antecedentes Sociales (Continuación) *Social History (Continued)*

Explique de qué manera su peso está afectando negativamente su salud o su vida
Explain how your weight is adversely affecting your health or your life

Cualquier otra información que cree que su médico debería saber
Anything else you feel your doctor should know

Gracias por su ayuda. Esta información será confidencial y ayudará a su médico a entender mejor su situación; se la abordará con más detalle con usted al momento de su consulta preoperatoria.
Thank you for your help. This information will be kept confidential and will assist your doctor to better understand your situation; it will be discussed further with you at the time of your preoperative consultation.

Firma del paciente (Representante legal del paciente)
Patient signature (Patient's legal representative)

(Relación)
(Relationship)

____/____/____
Fecha (mes/día/año)
Date (month/day/year)

Entregue el cuestionario completo a la enfermera bariátrica, Cirugía General, 3F1
Return completed questionnaire to Bariatric Nurse, General Surgery, 3F1