

Bariatric Surgery Center

Cuestionario para el paciente



INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Edad:
Teléfono del hogar:	Teléfono del trabajo:	Teléfono móvil:	
Dirección postal:		N.º de depto.:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Correo electrónico:	Fecha de nacimiento:	Género al momento del nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Prefiere no responder	
Raza: ☐ Blanca ☐ Negra/Afroamericana ☐ Indígena americana ☐ Asiática ☐ Hispana/Latina ☐ Otra (especifique)			
Empleador (nombre de la empresa) y ocupación si corresponde:			
Altura: pies pulg.	Peso: lb.	¿Hace cuánto tiempo tiene este peso?	

Fui a la sesión de información del Centro de Cirugía Bariátrica de Salem Hospital el (fecha):

¿Qué cirugía le interesa? ☐ Bypass gástrico ☐ Manga ☐ No lo he decidido ☐ Extracción de la banda

Se hará una copia de su tarjeta de seguro para nuestros registros

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL

Compañía:	N.º de ID del miembro:	Número de teléfono:
-----------	------------------------	---------------------

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Compañía:	N.º de ID del miembro:	Número de teléfono:
-----------	------------------------	---------------------

PRINCIPALES PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD Y PERSONAS DE APOYO

Nombre:	Teléfono:		
Dirección:	Estado:	Código postal:	
¿Por cuánto tiempo le ha brindado atención médica?			
Afecciones tratadas:			
Haga una lista de otros médicos y afecciones tratadas:			
Proveedor de atención primaria (PCP) que hace la remisión:			
Nombre de la persona de apoyo para antes y después de la cirugía		Teléfono:	

HAGA UNA LISTA DE LOS PROBLEMAS O ENFERMEDADES U HOSPITALIZACIONES

(pasadas o presentes)

Problemas de salud y enfermedades	Fecha	Tratamiento	Resultado

HAGA UNA LISTA DE LAS CIRUGÍAS

Cirugía	Fecha	Razón

¿Alguna vez se hizo una cirugía para la pérdida de peso? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, describa:

Fecha de la cirugía:

MEDICAMENTOS ACTUALES *(haga una lista de todos los medicamentos de receta y venta libre, vitaminas y complementos que esté tomando)*

Nombre del fármaco (incluya los inhaladores)	Concentración (Dosis)	¿Cuántos y con qué frecuencia?	¿Cuándo empezó a tomarlos?	¿Quién es el proveedor que se los recetó?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

(Si el espacio proporcionado no es el adecuado, adjunte una lista completa)

ALERGIAS: *(Haga una lista de las alergias que tenga a medicamentos)*

¿Es alérgico a algún medicamento? ☐ Sí (haga una lista a continuación) ☐ No

¿Es alérgico a algún alimento? ☐ Sí (haga una lista a continuación) ☐ No

1.	Reacción	5.	Reacción
2.	Reacción	6.	Reacción
3.	Reacción	7.	Reacción
4.	Reacción	8.	Reacción

Me niego a la administración de parte o toda la sangre y hemoderivados durante la cirugía. ☐ Sí
Comentarios:

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Bebe alcohol? ☐ Nunca ☐ Rara vez ☐ Ocasionalmente ☐ Frecuentemente

Si la respuesta es sí, ¿qué bebidas?

¿Cuántos tragos por día?

¿Tiene problemas o ha tenido problemas en el pasado con el consumo excesivo de alcohol? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo?

¿Utiliza tabaco? (Incluye fumar, vaporizadores, tabaco de mascar, cigarrillos electrónicos, cigarros, pipas) ¿O usa drogas recreativas o ilegales? (Marihuana medicinal/recreativa, para fumar, comestible o en aceite)

☐ Sí (Esto lo EXCLUIRÁ de nuestro programa. Debe estar libre de drogas al menos 6 semanas antes de entregar su paquete.)

¿Ha usado productos derivados del tabaco en el pasado?

☐ Sí ☐ No

¿Usa parches/goma de mascar/medicamentos con nicotina para no fumar? ☐ Sí ☐ No

Si lo hace, ¿qué tipo?: ☐ De mascar ☐ Fumar ☐ Sin humo ☐ Vaporizador ☐ Cigarrillos electrónicos

¿Cuánto?

¿Por cuánto tiempo? ¿Cuándo dejó de fumar?

¿Ha usado drogas de la calle o recreativas en el pasado?

(Incluye marihuana medicinal/recreativa, para fumar, comestible o en aceite)

☐ Sí ☐ No

¿Usa productos de CBD si o no?

¿Qué tipo de CBD utiliza?

¿Consume cafeína (café, cocoa, colas, Mountain Dew, chocolates, No-Doz, Aqua Ban)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿en qué presentación?

¿Cuánto por día?

¿Cuál es su estado laboral? ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Desempleado ☐ Autónomo ☐ Estudiante

Si respondió sí, ¿cuál es su ocupación?

¿Hace cuánto tiempo tiene su empleo actual?

Si la respuesta es no, ¿cuál fue su empleo más reciente y cuándo?

¿Por qué no tiene empleo ahora?

☐ Jubilado ☐ Discapacitado ☐ Otro (explique):

ANTECEDENTES FAMILIARES (Padres y hermanos únicamente)

Miembro de la familia	Hermano/ Hermana (Hno.)/(Hna.)	¿Vivo/ muerto ? (V)/(M)	Edad	Problemas de salud	Causa de muerte	Normal	Un poco de sobrepeso	Sobrepeso moderado	Mucho sobrepeso
Madre		V o M				☐	☐	☐	☐
Padre		V o M				☐	☐	☐	☐
Hermano/a	Hno. O Hna.	V o M				☐	☐	☐	☐
Hermano/a	Hno. O Hna.	V o M				☐	☐	☐	☐
Hermano/a	Hno. O Hna.	V o M				☐	☐	☐	☐
Hermano/a	Hno. O Hna.	V o M				☐	☐	☐	☐
Hermano/a	Hno. O Hna.	V o M				☐	☐	☐	☐

¿Alguno de sus hijos tiene problemas de peso? ☐ Sí ☐ No

Describa:

ANTECEDENTES DE NUTRICIÓN Y EJERCICIO

Su peso al nacer:		Su peso al inicio de la secundaria:		Su peso en la graduación de la secundaria:	
¿Cuál fue su peso máximo?				¿Qué edad tenía en ese momento?	
¿Cuál fue su peso mínimo como adulto?				¿Qué edad tenía en ese momento?	
¿Ha probado píldoras para adelgazar? ☐ Sí ☐ No			¿Ha tomado Fen-Phen? ☐ Sí ☐ No		
¿Cuál de los siguientes programas de adelgazamiento ha probado?					
Dieta	De (año)	A (año)	Dieta	De (año)	A (año)
☐ Atkins			☐ Nutri-System		
☐ Medicamentos para adelgazar			☐ Optifast		
☐ Herbal Life			☐ Comedores Compulsivos Anónimos		
☐ Dieta alta en proteínas			☐ Dieta supervisada por un médico		
☐ Jenny Craig			☐ Slimfast		
☐ Proteína líquida			☐ South Beach		
☐ Dieta baja en calorías			☐ The Zone		
☐ Dieta de revista/libro			☐ Tops		
☐ Mayo Clinic			☐ Weight Watchers		
☐ Medifast			☐ Paleo		
☐ Metabolife			☐ Keto		
Otras dietas:					
¿Cuál fue el programa para adelgazar más exitoso?					
¿Cuánto adelgazó y por qué funcionó para usted?					
¿Cuánto mantuvo lo que adelgazó?					
¿Cuáles son sus alimentos favoritos?					
¿Cuáles son sus refrigerios favoritos?					
¿Quién cocina y compra la comida en su casa?					
¿A qué otra persona le cocina en la casa					
¿Hace ejercicio regularmente (3 o más veces/semana?: ☐ Sí ☐ No					
¿Qué programas de ejercicio ha probado para adelgazar?					
Si no lo ha hecho, ¿por qué no?: ☐ Dolor en las articulaciones ☐ Falta de aliento ☐ No me gusta el ejercicio					
☐ Otro (explique)					
Si hace ejercicio regularmente, ¿qué hace?			¿Con qué frecuencia?		

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS *(Solo para mujeres)*

¿A qué edad tuvo su primera menstruación?		¿Sus períodos son (o eran): ☐ Regulares ☐ Irregulares	
¿Ha llegado a la menopausia? ☐ Sí ☐ No		De ser así, ¿a qué edad?	
¿Cuándo fue el primer día de su última menstruación?			
¿Qué método anticonceptivo usa ahora? <i>Requerimos que utilice dos métodos anticonceptivos durante los primeros 18 meses después de la cirugía.</i>			
¿Cuántos días dura su período por lo general?		Peso en el parto	
¿Ha estado embarazada? ☐ Sí ☐ No		Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?	
N.º de embarazos	Año	Peso al inicio del embarazo	
¿Abortos espontáneos o provocados? ☐ Sí ☐ No			
Fecha del último Papanicolaou		¿Fue normal? ☐ Sí ☐ No (Obtenga el informe de Patología)	
Fecha del último mamograma		¿Fue normal? ☐ Sí ☐ No (Obtenga el informe de Radiografía)	
¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas?			
☐ Histerectomía (Fecha:) ☐ Cáncer (especifique: ☐ de cuello de útero ☐ de ovario ☐ de útero) ☐ Síndrome de ovario poliquístico ☐ Infertilidad ☐ Sangrado disfuncional del útero			
SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO: ¿Alguna vez tuvo síndrome de ovario poliquístico (PCOS)? ☐ NO ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor la describa) ☐ Me han diagnosticado PCOS, pero no he recibido tratamiento. ☐ He tomado píldoras anticonceptivas o medicamentos con espirolactona para el PCOS. ☐ Tomo metformina, Actos o Avandia para el PCOS. ☐ Tomo una combinación de los medicamentos antes mencionados para el PCOS. ☐ No he podido tener hijos debido al PCOS. ☐ NO ESTOY SEGURA.			

OTROS ANTECEDENTES GASTROINTESTINALES

¿Ha tenido cambios en las deposiciones? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, describa:
¿Con qué frecuencia moviliza el intestino?	
¿Tiene sangre en las heces? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?
¿Tiene antecedentes de hemorroides? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, ¿cuándo?
¿Se ha hecho una endoscopia superior? ☐ Sí ☐ No	
Si la respuesta es sí, ¿cuándo y dónde?	¿Alguna anormalidad?
¿Se ha hecho una colonoscopia? ☐ Sí ☐ No	
Si la respuesta es sí, ¿cuándo y dónde?	¿Alguna anormalidad?

CUESTIONARIO DE COMORBILIDAD

1) HIPERTENSIÓN ¿Alguna vez tuvo presión arterial alta?

☐ NO

☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)

- ☐ Me dijeron que tengo presión arterial alta límite pero no tomo ningún medicamento para esto.
- ☐ Me han diagnosticado presión arterial alta pero no tomo medicamentos.
- ☐ Me han diagnosticado presión arterial alta y tomo un medicamento.
- ☐ Me han diagnosticado con presión arterial alta y tomo dos o más medicamentos.
- ☐ He tenido daños renales, oculares o de otros órganos a causa de la presión arterial alta.

☐ NO ESTOY SEGURO

2) Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF): ¿Alguna vez ha sido tratado por insuficiencia cardíaca congestiva?

☐ NO

☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)

- ☐ Clase I: Me falta el aliento cuando hago actividades fuera de lo normal.
- ☐ Clase II: Me falta el aliento con las actividades normales.
- ☐ Clase III: Me falta el aliento con las actividades mínimas.
- ☐ Clase IV: Me falta el aliento al descansar.

☐ NO ESTOY SEGURO.

3) CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ¿Alguna vez ha sido tratado por una cardiopatía?

☐ NO, no tengo antecedentes de cardiopatías o dolor en el pecho.

☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)

- ☐ Me he hecho pruebas, como electrocardiogramas (EKG) que no tuvieron resultados normales, pero no tengo dolor en el pecho.
- ☐ Tuve un ataque cardíaco o actualmente estoy tomando medicamentos para prevenir el dolor en el pecho.
- ☐ Me han hecho una cirugía cardíaca o un cateterismo debido a arterias bloqueadas en el corazón.
- ☐ Actualmente tengo una cardiopatía o dolor en el pecho y tomo medicamentos.

☐ NO ESTOY SEGURO

CUESTIONARIO DE COMORBILIDAD (CONTINUACIÓN)

4) EVALUACIÓN DE ANGINA DE PECHO: ¿Ha tenido dolor en el pecho que se pensó que se relacionaba con el corazón?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Me da dolor en el pecho cuando me esfuerzo mucho (corriendo, escalando colinas, subiendo escaleras).
 - ☐ Me da dolor en el pecho con ejercicio o actividad moderada.
 - ☐ Me da dolor en el pecho con ejercicio mínimo (caminar en una habitación) o cuando estoy descansando.
 - ☐ Tengo dolor en el pecho frecuentemente que no se alivia con descanso o medicamentos.
 - ☐ He tenido un ataque cardíaco o estoy haciéndome pruebas (por ejemplo, ecocardiograma, cateterismo cardíaco, etc.) para la cardiopatía.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

5) ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA: ¿Tiene estrechamiento o endurecimiento de las arterias por mala circulación?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ No tengo ningún síntoma, pero me han dicho que tengo ruidos anormales en las arterias por el flujo de sangre reducido.
 - ☐ Tengo dolor en las pantorrillas y muslos cuando camino o tomo medicamentos para la circulación.
 - ☐ Tuve un ataque isquémico transitorio (AIT, mini accidente cerebrovascular) o dolor en los pies durante la noche.
 - ☐ Me hicieron un procedimiento por estrechamiento y bloqueo de las arterias, en el cuello, abdomen o piernas.
 - ☐ Tuve un accidente cerebrovascular o pérdida de tejido en los pies (como amputaciones) por mala circulación.
- ☐ NO ESTOY SEGURO.

6) EDEMA EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES: ¿Tiene inflamación o líquidos anormales en los tobillos, pies o piernas?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo inflamación en las piernas a veces pero no estoy haciendo ningún tratamiento.
 - ☐ Tengo inflamación en las piernas que trato con medicamentos como diuréticos, medias de compresión o elevación de las piernas.
 - ☐ Tengo llagas en la piel por enfermedad venosa.
 - ☐ Tengo una inflamación grave en las piernas que reduce mi capacidad de caminar, lo que requiere hospitalización o me hace discapacitado.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

7) Trombosis venosa profunda/Embolia pulmonar: ¿Alguna vez tuvo un coágulo de sangre en el pulmón o pierna?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tuve un coágulo de sangre en mi pierna y se curó con anticoagulantes.
 - ☐ He tenido más de un coágulo en la pierna y actualmente estoy tomando anticoagulantes.
 - ☐ Desarrollé un coágulo de sangre que pasó a los pulmones.
 - ☐ Tuve un coágulo de sangre en los pulmones más de una vez y tuve que quedarme en el hospital y reducir las actividades habituales.
 - ☐ Me hicieron un procedimiento para colocar un dispositivo especial en la vena cerca del corazón para filtrar los coágulos de sangre.
- ☐ NO ESTOY SEGURO.

8) ¿Alguna vez alguien de su familia ha tenido trombosis venosa profunda?

- ☐ NO
- ☐ Sí
- ☐ NO ESTOY SEGURO

CUESTIONARIO DE COMORBILIDAD (CONTINUACIÓN)

9) METABOLISMO DE GLUCOSA: ¿Tiene diabetes en este momento?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tuve un nivel de azúcar en sangre alto en ayunas.
 - ☐ Trato la diabetes con píldoras.
 - ☐ Trato la diabetes con insulina.
 - ☐ Trato la diabetes con insulina y píldoras.
 - ☐ La diabetes me ha provocado problemas graves, como:
 - ☐ Ceguera
 - ☐ Enfermedad renal
 - ☐ Dolor de piernas o pies asociado con neuropatía

☐ NO ESTOY SEGURO

10) LÍPIDOS: ¿Ha tenido colesterol alto o niveles de lípidos altos?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo niveles de lípidos altos (colesterol o triglicéridos) pero no tomo medicamentos ni hago un tratamiento.
 - ☐ Tengo niveles altos de lípidos (colesterol o triglicéridos) que trato con una dieta con bajo contenido de grasa y ejercicio.
 - ☐ Tengo niveles altos de lípidos (colesterol o triglicéridos) que trato con un medicamento.
 - ☐ Tengo niveles altos de lípidos (colesterol o triglicéridos) que trato con dos o más medicamentos.
 - ☐ Tengo niveles altos de lípidos (colesterol o triglicéridos) que no controlo con ningún tratamiento.

☐ NO ESTOY SEGURO

11) GOTA o HIPERURICEMIA: ¿Alguna vez tuvo gota?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo niveles altos de ácido úrico pero no tengo síntomas.
 - ☐ Tengo niveles altos de ácido úrico y tomo medicamentos para esto.
 - ☐ Tengo gota con dolor, enrojecimiento o inflamación de las articulaciones.
 - ☐ Tengo gota que ha dañado mis articulaciones.
 - ☐ Tengo gota que me ha dejado discapacitado o incapaz de caminar.

☐ NO ESTOY SEGURO

12) APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO ¿Tiene interrupciones del sueño, ronquidos fuertes, dificultad para respirar, ahogos, también conocido como apnea del sueño?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo síntomas de apnea del sueño (como ronquidos, despertarme sin poder respirar, somnolencia durante el día, etc.) pero no me realizaron un estudio del sueño o tuve un estudio del sueño con resultado negativo.
 - ☐ Me han diagnosticado apnea del sueño según un estudio del sueño durante la noche, pero no lo estoy tratando.
 - ☐ Me han diagnosticado apnea del sueño y actualmente uso una máquina de CPAP o BiPAP para que me ayude a dormir.
 - ☐ Me han diagnosticado apnea del sueño que provoca una baja oxigenación de la sangre o que requiere tratamiento con oxígeno.
 - ☐ Me han diagnosticado apnea del sueño grave que provocó complicaciones cardíacas y otras (como hipertensión pulmonar, etc.).

☐ NO ESTOY SEGURO

CUESTIONARIO DE COMORBILIDAD (CONTINUACIÓN)

13) SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN POR OBESIDAD ¿Tiene problemas para recibir suficiente aire y oxígeno en los pulmones?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo bajos niveles de oxígeno en la sangre o niveles de dióxido de carbono altos en la sangre cuando respiro el aire común.
 - ☐ Tengo dificultades para respirar lo que hace que tenga niveles de oxígeno tan bajos que requiere un tratamiento con oxígeno u otro dispositivo de asistencia.
 - ☐ Tengo dificultades para respirar que han provocado un problema cardíaco llamado hipertensión pulmonar.
 - ☐ Tengo problemas para respirar lo que causa síntomas que sugieren insuficiencia cardíaca derecha (p. ej., inflamación de las piernas, congestión hepática, etc.).
 - ☐ He tenido problemas para respirar por mucho tiempo y esto ha provocado insuficiencia en el lado derecho del corazón y una reducción en la acción de bombeo del músculo cardíaco.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

14) HIPERTENSIÓN PULMONAR ¿Le han dicho que tiene presión arterial alta en las arterias de los pulmones?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo síntomas asociados con la hipertensión pulmonar (como fatiga, falta de aliento, mareos y desmayos).
 - ☐ Me han estudiado y diagnosticado hipertensión pulmonar (es decir, según un ecocardiograma, cateterismo cardíaco, etc.).
 - ☐ Me han diagnosticado hipertensión pulmonar, que se trata con anticoagulantes o medicamentos bloqueadores del canal de calcio.
 - ☐ Me han diagnosticado hipertensión pulmonar y necesito medicamentos más fuertes u oxígeno para el tratamiento.
 - ☐ Me han diagnosticado hipertensión pulmonar y tuve o estoy esperando un trasplante de pulmón.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

15) ASTHMA: ¿Tiene asma?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo síntomas de asma ocasionalmente pero no necesito medicamentos.
 - ☐ Tengo asma y la trato ocasionalmente con un inhalador oral (como albuterol).
 - ☐ Tengo asma y la trato con medicamentos o inhalador a diario.
 - ☐ Tengo asma, que es difícil de controlar incluso con medicamentos como prednisona o ipratropio.
 - ☐ Tengo asma, que ha provocado una hospitalización en los últimos dos años, o que requirió un tubo endotraqueal y respirador en el pasado.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

16) REFLUJO GASTROESOFÁGICO: ¿Tiene acidez estomacal o reflujo gastroesofágico (también conocido como GERD)?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo acidez estomacal y síntomas de reflujo a veces, pero no necesito medicamentos.
 - ☐ Tengo GERD y tomo medicamentos solo cuando tengo síntomas.
 - ☐ Tengo GERD, que se trata con medicamentos reductores de la acidez a diario como Pepcid, Zantac o el medicamento de venta libre Prilosec.
 - ☐ Tengo GERD, que se trata con dosis más altas de medicamentos como Protonix, Prilosec, o Nexium.
 - ☐ Me hicieron una cirugía para mi GERD o requerirá una operación en el futuro.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

CUESTIONARIO DE COMORBILIDAD (CONTINUACIÓN)

17) COLELITIASIS: ¿Alguna vez tuvo cálculos biliares?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Me han dicho que tengo cálculos biliares, pero nunca tuve síntomas.
 - ☐ Tengo cálculos biliares y algunos síntomas leves de vez en cuando.
 - ☐ Tengo cálculos biliares, que causan graves síntomas o me hicieron una cirugía para extraer los cálculos biliares.
 - ☐ Tengo cálculos biliares que requieren de una cirugía inmediata antes del bypass gástrico.
 - ☐ Me han hecho una cirugía para los cálculos biliares anteriormente pero sigo teniendo los síntomas relacionados.
- ☐ NO ESTOY SEGURO.

18) ENFERMEDAD HEPÁTICA: ¿Alguna vez tuvo una enfermedad hepática?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Me han dicho que tengo hepatomegalia o esteatosis hepática leve pero tengo análisis de sangre de hígado normales.
 - ☐ Me han dicho que tengo hepatomegalia o esteatosis hepática y he tenido pruebas de función hepática anormales.
 - ☐ Tengo pruebas de función hepática anormales, hepatomegalia o esteatosis hepática o cambios en la apariencia del hígado basados en una biopsia de hígado, para lo cual mi médico está haciendo un seguimiento.
 - ☐ Tengo pruebas de función hepática anormales, mi hígado no funciona normalmente o tengo cirrosis y recibo tratamiento con un médico.
 - ☐ Me han dicho que necesito un trasplante de hígado debido a la insuficiencia hepática o ya me sometí a un trasplante de hígado en el pasado.
- ☐ NO ESTOY SEGURO.

19) DOLOR DE ESPALDA ¿Ha tenido dolor de espalda?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo dolor de espalda en ocasiones, pero no necesito tratamiento.
 - ☐ Tengo dolor de espalda que mejora con medicamentos de venta libre, como Tylenol, Aleve o ibuprofeno.
 - ☐ Tengo dolor de espalda o tengo cambios estructurales en la columna vertebral según las radiografías y uso medicamentos narcóticos de receta, como Vicodin, Percocet, morfina o metadona.
 - ☐ Tengo dolor de espalda y me han hecho una cirugía para esto, o la cirugía está retrasada hasta que adelgace.
 - ☐ Me sometí a una cirugía de columna, pero no tuvo éxito y mis síntomas persisten.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

20) ENFERMEDAD MUSCULOESQUELÉTICA: ¿Tiene dolor muscular, de huesos o de articulaciones?

- ☐ NO
- ☐ SÍ, ¿qué articulaciones o dónde? _____ (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Tengo dolor cuando camino en mi comunidad.
 - ☐ Tengo dolor que requiere medicamentos como Tylenol, Aleve o ibuprofeno, pero no narcóticos.
 - ☐ Tengo dolor cuando camino en mi casa.
 - ☐ Me hicieron o me harán una cirugía (como artroscopia) para el dolor articular.
 - ☐ Me hicieron cirugía de remplazo articular (rodilla, cadera, hombro) o necesitaré una cirugía de remplazo articular en el futuro cercano.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

CUESTIONARIO DE COMORBILIDAD (CONTINUACIÓN)

21) FIBROMIALGIA: ¿Tiene fibromialgia?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Me han diagnosticado fibromialgia y me han ingresado en un régimen de ejercicios.
 - ☐ Tomo medicamentos de venta libre como Tylenol, Aleve, o ibuprofeno para la fibromialgia.
 - ☐ Me han recetado narcóticos (como Vicodin o Percocet) para la fibromialgia.
 - ☐ Me han recetado narcóticos (como Vicodin o Percocet) para la fibromialgia y me he sometido (o tengo programado someterme) a procedimientos quirúrgicos para tratarla.
 - ☐ Los síntomas de mi fibromialgia me incapacitan y los tratamientos previos no han sido eficaces.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

22) DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL CONFIRMADO: ¿Alguna vez recibió tratamiento para enfermedades psiquiátricas (que no sean depresión)?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva)
 - ☐ Ansiedad o trastorno de pánico.
 - ☐ Trastorno de la personalidad.
 - ☐ Sicosis
- ☐ NO ESTOY SEGURO

23) DEPRESIÓN ¿Tiene o ha tenido depresión?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)
- ☐ Actualmente tengo o he tenido crisis intermitentes de depresión leve que se han ido solas o que no requirieron tratamiento médico.
 - ☐ Actualmente tengo o he tenido síntomas de depresión moderada que afectan algunas de mis actividades de vida con o sin tratamiento.
 - ☐ Actualmente tengo o he tenido síntomas de depresión moderada que afectan mi vida cotidiana y requieren de tratamiento médico como antidepresivos.
 - ☐ Actualmente tengo o he tenido síntomas de depresión grave que requieren de tratamiento continuo y frecuente de parte de un profesional de salud mental.
 - ☐ He estado hospitalizado por depresión grave en el pasado.
- ☐ NO ESTOY SEGURO

24) ¿Alguna vez tuvo pensamientos suicidas?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Si la respuesta es sí, explique):

25) ¿Ha estado hospitalizado o ha ido al Departamento de Emergencias por intento de suicidio?

- ☐ NO
- ☐ Sí, (Si la respuesta es sí, explique):

CUESTIONARIO DE COMORBILIDAD (CONTINUACIÓN)

26) DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL: ¿Alguna vez lo trataron por un trastorno social (p. ej., trastorno de pánico, fobias, autismo, trastorno bipolar; ADHD, etc.)

☐ NO

☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)

☐ Tengo una discapacidad leve pero puedo hacer todas las tareas diarias en sociedad.

☐ Tengo una discapacidad moderada pero puedo hacer todas las tareas diarias en sociedad.

☐ Tengo una discapacidad moderada y soy incapaz de realizar algunas de las tareas diarias en sociedad.

☐ Tengo una discapacidad grave y soy incapaz de realizar la mayoría de las tareas diarias en sociedad.

☐ Tengo una discapacidad grave y no puedo funcionar en sociedad.

☐ NO ESTOY SEGURO

27) INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO ¿Tiene incontinencia urinaria cuando tose, estornuda o se esfuerza?

☐ NO

☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)

☐ Tengo incontinencia urinaria a veces pero menos de una vez por semana.

☐ Tengo incontinencia urinaria más de una vez por semana pero no es importante.

☐ Tengo incontinencia urinaria a diario y tengo que usar una toalla higiénica.

☐ Tengo incontinencia urinaria grave que afecta mi vida diaria y causa discapacidad.

☐ Me han hecho una cirugía de vejiga por incontinencia urinaria grave en el pasado pero sigo con incontinencia.

☐ NO ESTOY SEGURO

28) PSEUDOTUMOR CEREBRAL: ¿Le han diagnosticado pseudotumor cerebral?

☐ NO

☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)

☐ Tengo dolores de cabeza con mareos, náuseas o dolor detrás de los ojos, pero sin cambios en la visión.

☐ Mis dolores de cabeza causan cambios en la visión, pero mis síntomas están controlados con diuréticos.

☐ Me diagnosticaron pseudotumor cerebral y se verificó con una MRI, estoy bien controlado con diuréticos.

☐ Mi pseudotumor cerebral está controlado con medicamentos más fuertes.

☐ Necesito narcóticos para el dolor, me he sometido o es posible que me tenga que someter a una cirugía para mi pseudotumor cerebral.

☐ NO ESTOY SEGURO

29) HERNIA ABDOMINAL: ¿Ha sido diagnosticado con un bulto o hernia abdominal?

☐ NO

☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)

☐ Me han diagnosticado una hernia pequeña (menos de 6 pulg.), pero no tengo dolor ni síntomas y no me he sometido a cirugía.

☐ Tengo dolor y síntomas relacionados con la hernia.

☐ Me hicieron una reparación quirúrgica exitosa de la hernia.

☐ Tengo una hernia que volvió después de una cirugía o es una hernia grande (de más de 6 pulg.).

☐ Tengo una hernia grande, que me la han operado sin éxito varias veces.

☐ NO ESTOY SEGURO

CUESTIONARIO DE COMORBILIDAD (CONTINUACIÓN)

30) ESTADO FUNCIONAL: ¿Tiene dificultad para caminar?

☐ NO

☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)

☐ Tengo algunas dificultades para caminar, pero puedo caminar 200 pies con un bastón o con otro dispositivo de asistencia.

☐ No puedo caminar 200 pies ni siquiera con bastón, caminador o dispositivo de asistencia.

☐ Uso una silla de ruedas para movilizarme.

☐ Estoy postrado en la cama.

☐ NO ESTOY SEGURO

31) PANÍCULO ADIPOSEO ABDOMINAL: ¿Ha tenido problemas con grandes cantidades de piel colgando del abdomen?

☐ NO

☐ Sí, (Marque una de las siguientes opciones que mejor lo describa)

☐ Tuve irritación en la piel o sarpullido debajo del pliegue del abdomen.

☐ Tengo una gran cantidad de piel colgando del abdomen que interfiere con mi capacidad de caminar.

☐ Tengo una gran cantidad de piel colgando del abdomen que me ha provocado varias infecciones en la piel o llagas persistentes.

☐ Me hicieron una cirugía para quitar el excedente de piel de mi abdomen a causa de las infecciones.

☐ NO ESTOY SEGURO

OTROS ANTECEDENTES MÉDICOS

COMENTARIOS

Afecciones en la piel:

☐ NO

☐ Sí (Si la respuesta es sí, explique):

Sangrado o trastorno hemorrágico:

☐ NO

☐ Sí (Si la respuesta es sí, explique):

Artritis como reumatoide/osteoartritis:

☐ NO

☐ Sí (Si la respuesta es sí, explique):

Antecedentes de enfermedad renal:

☐ NO

☐ Sí (Si la respuesta es sí, explique):

Afección de tiroides:

☐ NO

☐ Sí (Si la respuesta es sí, explique):

Epilepsia o trastorno convulsivo:

☐ NO

☐ Sí (Si la respuesta es sí, explique):

Cáncer:

☐ NO

☐ Sí

¿Qué tipo?

Cualquier otra afección médica no enumerada:

REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS

A menos que se especifique lo contrario, responda lo siguiente relacionado con su estado actual:

Afección	No	Sí	Detalles o comentarios
SIDA/VIH	☐	☐	
Anemia	☐	☐	
Ansiedad	☐	☐	
Asma	☐	☐	
Anticoncepción (Indique el método que usa)	☐	☐	
Tendencia a la hemorragia	☐	☐	
Bulto, dolor o supuración en las mamas	☐	☐	
Dolor en el pecho con ejercicio o actividad	☐	☐	
Congestión crónica en los senos paranasales	☐	☐	
Erupción o ronchas en la piel crónicas	☐	☐	
Convulsiones, ataques	☐	☐	
Tos	☐	☐	
Trombosis venosa profunda o coágulos sanguíneos en las piernas	☐	☐	
Problemas dentales	☐	☐	
Prótesis dentales	☐	☐	
Depresión	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Abuso de drogas o alcohol	☐	☐	
Dolor de oído	☐	☐	
Anteojos o lentes de contacto	☐	☐	
Fiebre, escalofríos o sudoración nocturna	☐	☐	
Hemorragia nasal frecuente	☐	☐	
Dolores de cabeza frecuentes o graves	☐	☐	
Debilidad frecuente o grave	☐	☐	
Fatiga frecuente o grave	☐	☐	
Fiebre del heno	☐	☐	
Problemas auditivos	☐	☐	
Soplo cardíaco	☐	☐	
Hepatitis	☐	☐	
Hipertensión	☐	☐	
Antecedentes de traumatismo craneal con pérdida de la consciencia	☐	☐	
Infertilidad o menstruación irregular	☐	☐	
Pérdida de memoria	☐	☐	
Cambios de humor	☐	☐	
Congestión nasal	☐	☐	
Entumecimiento u hormigueo	☐	☐	
Parálisis	☐	☐	
Enfermedades de transmisión sexual (sin tratamiento)	☐	☐	
Problemas para dormir	☐	☐	
Apnea del sueño (diagnosticada)	☐	☐	
Llagas en la boca	☐	☐	
Problemas de tiroides	☐	☐	
Problemas visuales que no se puedan corregir	☐	☐	
Sibilancias	☐	☐	

Firma del paciente

Fecha de hoy