



CUESTIONARIO PARA PACIENTES

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

Tomate el tiempo necesario para llenar este cuestionario, la información solicitada nos ayuda a conocer mejor tu caso y poder brindarte las mejores herramientas para lograr nuestro objetivo en común

Este cuestionario deberá de ser llevado a la consulta una vez que te hayas decidido formar parte de la clínica

Si tienes dudas sobre el cuestionario no dudes en preguntarnos y con gusto te ayudaremos con ellas.



CEDULA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

C.P.: _____

Teléfono: _____

Beeper/Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Nacionalidad: _____ Originario de: _____

Nivel de Escolaridad: _____ Estado Civil: _____

CONVENIO: _____

MATRÍCULA: _____

Correo electrónico _____

Información de Trabajo/Escolaridad

Ocupación del paciente: _____

Dirección: _____

DR. LUIS ESTEBAN GONZALEZ MONROY

INSTITUTO MEXICANO DE TRASPLANTES Alta Tensión 580, Cantarranas. Cuernavaca,
Morelos. México Tels: 777 318 3362, 777 318 2789

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Ciudad: _____ Estado: _____

C.P: _____

Teléfono: _____

En caso de Emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Tel: _____

Cónyuge: _____

Tel: _____

Médico de Cabecera: _____

Tel: _____

Condiciones Actuales:

01. ¿Usted se encuentra actualmente en buen estado de salud ? Si No

02. ¿Usted esta bajo cuidados médicos en este momento? Si No

Si está, ¿para ó por que? _____

03. ¿Usted esta tomando algún tipo de medicamento de momento? Si No

¿Cual? _____ Dosis: _____

¿Cual? _____ Dosis: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

04. ¿Usted tiene alergia a algún tipo de medicamento? Si No

¿Cual? _____

05. ¿Historia de presión elevada? Si No

06. ¿Historia de diabetes? Si No

¿Desde que edad? _____

07. ¿Historia de dolor, paro o ataque cardíaco? Si No

08. ¿Historia de dolor de cabeza? Si No

Medicamentos en uso: _____

09. ¿Historia de constipación? Si No

10. ¿Historia de Glaucoma? Si No

11. Cirugías previas: Si No

¿Cual? _____ fecha: _____

¿Cual? _____ fecha: _____

Otras:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

12. Historia ginecológica:

Embarazo: Número: _____

Fechas (años):

Parto normal ó Cesárea? _____

Menstruación: inicio: _____

duración: _____

¿ciclo regular? Si No

¿dolor? Si No

Último período menstrual: _____

Reposición hormonal: Si No

¿Cual? _____

Píldora Anticonceptiva: Si No

¿Cual? _____

Último examen ginecológico: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

13. Historia Familiar:

	Edad	Saludable	Enfermo	Causa de Muerte	¿Sobrepeso?
Padre					
Madre					
Hermanos					
Hermanas					

¿Algún pariente presentó algunas de las enfermedades de abajo?:

Glaucoma: Si No ¿Quién? _____

Asma: Si No ¿Quien? _____

Epilepsia: Si No ¿Quién? _____

Hipertensión Si No ¿Quién? _____

Patología Renal Si No ¿Quién? _____

Diabetes: Si No ¿Quién? _____

Tuberculosis: Si No ¿Quién? _____

Enfermedades Psiquiátricas: Si No ¿Quién? _____

Enfermedades Cardiacas: Si No ¿Quién? _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Cáncer: Si No ¿Quién? _____

14. Historia de enfermedades previas: (Marque con una X las que ha presentado ó están presentes)

_____ Polio	_____ Sarampión	_____ Columna
_____ Coqueluchoide	_____ Ictericia	_____ Enf. de Hígado
_____ Malária	_____ Enf. renal	_____ Enf. de la Vesícula
_____ Cáncer	_____ Amigdalitis	_____ Enf. Pulmonar
_____ Osteoporosis	_____ Fiebre Reumática	_____ Transfusión de sangue
_____ Úlcera	_____ Válvula Cardíaca	_____ Enf. Cardíaca
_____ Gota	_____ Artritis	_____ Alcoholismo
_____ Tuberculosis	_____ Enf de Tiróides	_____ Pneumonía
_____ Anemia	_____ Uso de Drogas	_____ Enf. Psiquiátrica
_____ Alteraciones Hemorrágicas	_____ Otras:	

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

15. Historia de tabaquismo: (marque solamente una)

_____ Nunca fume cigarro, puro ó similares

_____ Fume por _____ años y paré hace _____ años.

_____ Fumo. ¿quê? _____ ¿Cuantos por dia? _____

Evaluación Nutricional:

IMC= _____

1. Peso actual: _____ Altura: _____ Peso deseado: _____

2. En cuanto tiempo usted pretende llegar a su peso deseado?

3. Peso al nacer: _____ Peso a los 15 años: _____ Peso hace 1 año atrás: _____

4. ¿Cual fue el motivo principal de su decisión para perder peso:

5. ¿Cuando usted comenzó a presentar exceso de peso:

6. ¿Cual fue su mayor peso (sin embarazo) y cuándo?

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

7. Dietas previas que realizó, fórmulas, remedios etc.: Fechas y resultados:

8. Su esposo (a), novia (o) o compañera(o) presentan exceso de peso?

Si No

9. ¿Cuánto pesa él o ella? _____

10. ¿Cual es su frecuencia en comer fuera de casa y a dónde?

11. ¿Cuántas veces en restaurantes tipo Mc Donalds?

12. Alimentos a que usted es alérgico:

13. Alimentos que no le gustan:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

14. Alimentos que le gustan:

15. Existe alguna hora en que usted implora por comida?

¿Cual? _____

16. ¿Usted toma café o thé? Si No Frecuencia: _____

17. ¿Usted toma refrigerio? Si No Frecuencia: _____

18. ¿Usted toma bebidas alcohólicas? Si No Frecuencia:

19. ¿Usted usa edulcorante? _____ ¿Mantequilla? _____ ¿Margarina?

20. Siente hambre durante la noche? Si No

¿Usted que hace?

21. ¿Cual es su peor hábito alimenticio?

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

22. Alimentos que gusta de "pellizcar":

¿Cual? _____ ¿Cuanto? _____ ¿Cuando?

¿Cual? _____ ¿Cuanto? _____ ¿Cuando?

23. ¿Cuando usted está en situación de stress en el trabajo o en casa, usted come más?

Especifique el porqué:

24. ¿Usted se estresa o se altera emocionalmente con facilidad? Explique:

Actividades Físicas:(marque solamente una)

_____ Sedentario

_____ Actividades leves: es una hora al día determinado

_____ Actividades moderadas (caminatas, futbol, natación,etc.) solamente fines de

semana

DR. LUIS ESTEBAN GONZALEZ MONROY

INSTITUTO MEXICANO DE TRASPLANTES Alta Tensión 580, Cantarranas. Cuernavaca,
Morelos. México Tels: 777 318 3362, 777 318 2789



Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

_____ Actividades regulares: no menos de tres veces a la semana.

_____ Actividades vigorosas: participación en actividades físicas más de cuatro veces por semana con ejercicios por más de sesenta minutos.

Estilo de personalidad: (marque solamente una)

_____ Usted es siempre calmado y fácil de lidiar.

_____ Es de vez en cuando calmado y frecuentemente impaciente

_____ Es poco calmado

_____ Nunca es calmado u muy ambicioso.

_____ Es difícil de lidiar y nunca está relajado.

Por favor escriba cualquier otra información que juzgue necesaria abajo:

La información arriba escrita son de extrema importancia para su evaluación médica. Tome su tiempo y con paciencia llene este formulario.

Formulario basado en las recomendaciones del *American Society of Bariatric Physicians*

DR. LUIS ESTEBAN GONZALEZ MONROY
INSTITUTO MEXICANO DE TRASPLANTES Alta Tensión 580, Cantarranas. Cuernavaca,
Morelos. México Tels: 777 318 3362, 777 318 2789