

Medical Record Number

Patient Name

STANFORD HOSPITAL and CLINICS
STANFORD, CALIFORNIA 94305



CLINICS • BARIATRIC SURGERY
PATIENT QUESTIONNAIRE

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

Page 1 of 10

Bariátrica y Metabólica Interdisciplinario Clínica

Stanford Hospital and Clinics
Bariatric & Metabolic Interdisciplinary (BMI) Clinic
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

Patient Questionnaire

Este cuestionario es necesario y debe completarse antes de que pueda hacer una cita con el médico.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Médico que le refiere y la clínica (*Referring MD*): _____

Dirección del médico: _____

No de Teléfono del médico: _____ No de Fax del médico: _____

Otros médicos que le atienden (*Other MDs*): _____

¿Cómo se enteró de nosotros? (Internet, el médico de cabecera, amigo, etc.) (*Referral source*):



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

PARA CONSIDERAR LA CIRUGÍA BARIÁTRICA *(Considering surgery)*

¿Cuánto tiempo ha estado considerando la cirugía para bajar de peso? *(How long he /she considered surgery?)* _____

¿Cuáles han sido sus principales fuentes de información sobre la cirugía para pérdida de peso? *(Main sources of info)* _____

¿Conoce a otras personas que han tenido una operación para la obesidad? Sí No
(Know others who had surgery?)

¿Han tenido éxito estas operaciones? *(Operations successful?)* Sí No

¿Tiene familia y amigos que apoyan su decisión de someterse a una operación para ayudar a bajar de peso? *(Family supportive?)* _____

¿Cuáles son sus principales razones para considerar hacerse una operación para ayudarlo a perder peso? *(Main reasons for considering surgery?)* _____

HISTORIA DE LA DIETA *(Diet History)*

Lista de los principales programas de dieta que usted ha tratado, incluyendo fechas y la cantidad de pérdida de peso:

Programa de dieta <i>(diet)</i>	Fecha aprox. <i>(date)</i>	Número de libras perdidas <i>(lbs. lost)</i>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

¿Ha utilizado algo de lo siguiente para controlar su peso? *(Used for weight control?)*

Comilonas (atracones) y purgas *(binging & purging)* Sí No

Comilonas seguidas de la restricción de alimentos *(binge, then restrict)* Sí No

Vómitos *(vomiting)* Sí No

Laxantes *(laxatives)* Sí No

Diuréticos *(diuretics)* Sí No

Medical Record Number

Patient Name



CLINICS • BARIATRIC SURGERY
PATIENT QUESTIONNAIRE

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

Page 3 of 10

HISTORIAL DE PESO *(Weight History)*

¿Cuál fue su peso máximo en su vida? *(Max. Weight)* _____ ¿Cuándo? _____

¿Era obeso antes de la pubertad? *(Obese before puberty?)* Yes No Peso actual *(Wt.)* _____

Estatura actual *(Ht)* _____

Por favor, anote un cronograma de su peso durante su vida lo mejor que pueda, incluyendo cualquier acontecimiento personal importante (es decir, embarazo, matrimonio, etc.) *(Timeline of weight during life):*

Edad <i>(age)</i>	Peso máximo <i>(wt.)</i>	Eventos Importantes
0-13		
13-18		
18-30		
30-50		
50+		

HÁBITOS ACTUALES *(Current Habits)*

¿Cuántas gaseosas bebe usted al día? *(# of sodas/day)* _____ Dieta Regular

¿Cuántas comidas al día come usted? *(meals/day)* _____

¿Hace refrigerios? De ser sí, describa: *(snacks?)* _____ ¿Con qué frecuencia?: _____

¿Come en el medio de la noche? *(eat at night?)* _____

¿Cuántas calorías cree usted que come en un día típico? *(calories/day)* _____

¿Cuántas veces a la semana come en un restaurante? *(restaurants/wk)* _____

¿Cuántas veces a la semana trae a casa comida de restaurante? *(take-out /wk)* _____

¿Cuántos vasos de agua bebe usted al día? *(water/day)?* _____

¿Cuántas tazas de café bebe usted al día? *(coffee/day)* _____ descafeinado regular

¿Toma bebidas alcohólicas? De ser sí, describa la ingesta semanal: *(alcohol/wk)* _____

¿Quién cocina en su casa? *(who cooks?)* _____

¿Quién hace las compras de alimentos en su hogar? *(who shops for food?)* _____

Usted siente que tiene sobrepeso porque (marque todas las que correspondan)
(Overweight reason):

- Como cantidades normales de comida, pero tengo un metabolismo anormal *(abnormal met.)*
- Como cantidades mayores de lo normal de los alimentos normales *(large amounts of food)*
- Como cantidades más grandes que las normales de alimentos normales, así como dulces y refrigerios *(large amounts of food and sweets & snacks)*
- Tiendo a comer sobre todo dulces y alimentos altos en calorías *(mostly sweets and snacks)*
- Otro *(other):* _____



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

HISTORIA MÉDICA (Past Medical History)

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud? Por favor, explique:

Neurológico (Neuro):

- Apoplejía (derrame/embolia) (Stroke) _____ Año: _____
¿Alguna secuela actual? (Any residual now?) _____
- Convulsiones o epilepsia (Seizures) _____
- Migrañas (Migraine H/A) _____

Cardiaco (Cardiac):

- Angina de pecho (dolor torácico, presión o tensión) (CP): _____
- Ataque al corazón (Infarto de Miocardio) (MI): Cirugía Cardíaca Previa (previous cardiac surgery)
 Stent Previa angioplastia o intervención coronaria percutánea (PCI) para la obstrucción coronaria
- Hipertensión (presión arterial alta) (HTN): _____
 Número de medicamentos para la hipertensión tomados diariamente _____
- Colesterol alto Número de medicinas para el colesterol tomadas diariamente _____
- Triglicéridos elevados Número de medicamentos para los triglicéridos que toma diariamente _____
- Ritmo cardíaco irregular (A-Fib): Palpitaciones cardíacos acelerados (↑HR)
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva (líquido en los pulmones) (CHF) _____
- Edema periférico (hinchazón de los tobillos o las piernas) _____

Pulmonar (Pulmonary):

- Asma (Asthma) _____
- Apnea del sueño (OSA) Uso de Máscara CPAP o BiPap Se le recetó la máscara, pero no puede tolerarla (CPAP mask was prescribed, but cannot tolerate)
- Otros problemas pulmonares o para respirar: _____
 EPOC grave (Severe COPD) Tuberculosis
- Embolia pulmonar (coágulos de sangre al pulmón) (PE) _____
- Uso de oxígeno en casa (Uses oxygen at home) _____

Endocrinológico (Endocrine):

- Diabetes Medicina Oral Insulina Controlada por dieta _____
- Problemas de la tiroides (Thyroid) _____

Gastrointestinal / hígado (GI/ Liver):

- Reflujo gastroesofágico (GERD) o ardor de estómago frecuente _____
 Toma medicamentos para GERD diariamente _____
- Cálculos biliares (Gallstones) Vesícula biliar extirpada (Chole?) _____
- Hernia - Umbilical Ingle (Inguinal) Quirúrgica (Incisional) Ventral
- Hepatitis o problemas del hígado (Liver). Por favor enliste: _____

Riñón (Renal):

- Problemas de riñón o la vejiga (Kidney or bladder) Insuficiencia renal (CRI)
 Tratamiento de diálisis (on Dialysis Treatments) _____
- Incontinencia de esfuerzo (escape de orina al toser o reír) (Stress incontinence)



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

Vascular:

- Coágulos de sangre o embolia (*DVT / embolism*). Favor localizar en el cuerpo y la fecha: (*Body location and date*) _____
- Estasis venoso en las piernas o mala circulación (*Venous stasis*)
- Sangrado anormal o moretones (*Abnormal bleeding or bruising*)
- Trasfusión sanguínea (*Blood transfusions*) - Razón (*reason*): _____ Año _____

Musculoesquelético (Musculoskeletal):

- Dolor de espalda baja/cintura (*LBP*) Dolor de cuello (*Neck pain*) ¿Diagnóstico?
- Artritis o enfermedad degenerativa articular (*DJD*)
 - Caderas (*hips*) Rodillas (*knees*) Tobillos (*ankles*) Pies (*feet*)
 - La actividad es limitada por el dolor (*activity limited by pain*)
 - El dolor requiere medicina diaria (*pain requires daily medication*)
 - Uso de dispositivos para la movilidad (*uses mobility device*)
 - Bastón (*cane*) Andadera (*walker*) Silla de ruedas (*wheel chair*)
 - Cirugía que se hizo o está prevista para el dolor de espalda o para el dolor de las articulaciones (*Surgery for back or joint pain has been done or is planned?*)
Área del cuerpo (*Location*): _____ Año _____

Estado de salud funcional para realizar actividades de la vida diaria (Functional status):

- Independiente para cuidar de sí mismo - Bañarse, vestirse, ir al baño (*independent*)
- Parcialmente dependiente de otros para (*partially dependent*) _____
- Totalmente dependiente de la ayuda de otros (*totally dependent*) _____

Psiquiátrico (Psychiatric):

- Depresión Tratado con medicamentos (*treated with meds*)
 - Tratado con asesoría psicológica (*treated with counseling*)
- Ansiedad (*Anxiety*) General Social Tratado con medicamentos Consejería
- Enfermedad psiquiátrica Bipolar Depresión mayor (*MDD*) Otro: _____
- Antecedente de Maltrato físico ó (*physical abuse*) Abuso sexual - ¿Cuándo? _____
- Alcoholismo: ¿Cuánto alcohol consume diariamente? (*drinks/day*) _____
Si dejó el alcohol, Fecha: _____
- Drogadicción: ¿Qué tipo? (*street drugs*): _____
Si dejó las drogas, Fecha _____ (*if quit, date*)

Otras cuestiones pertinentes a la salud (Other pertinent health issues):

- Cáncer - año y tratamiento: _____
- Gota (*Gout*) Fiebre reumática (*Rheumatic fever*)
- Otros (*Other*) - Especifique: _____

Para las mujeres (for women):

- ¿Ha tenido problemas de anemia (hemoglobina baja)? (*Anemia*) Sí No
- ¿Tiene usted antecedente familiar de osteoporosis? (*Osteoporosis*) Sí No
- ¿Ha pasado por la menopausia? (*Post-menopausal*) Sí No
- ¿Está embarazada? (*Pregnant now?*) Sí No



Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS *(Surgical History)*

Anote todas las operaciones a las que se ha sometido:

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

HOSPITALIZACIONES *(Hospitalizations)*

Anote las hospitalizaciones que tuvo por enfermedad o accidente, que no haya requerido cirugía: Año

1.	
2.	
3.	

MEDICAMENTOS *(Current medications)*

Enliste todos los medicamentos que toma, incluidos los que no requieren receta médica:

Nombre del medicamento	Dosis / Cantidad	Número de veces que toma diariamente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

¿Ha tomado esteroides (prednisona o cortisona) en los últimos 6 meses? No Sí: _____

ALERGIAS *(Allergies)*

Enliste todos los medicamentos y productos médicos que le causan una reacción alérgica o adversa:

Medicina / Látex / Alimento / Betadine, etc.	Tipo de reacción
1.	
2.	
3.	
4.	

Medical Record Number

Patient Name



CLINICS • BARIATRIC SURGERY
PATIENT QUESTIONNAIRE

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

Page 7 of 10

HÁBITOS (Habits)

¿Ha fumado alguna vez? (Have you ever smoked?)

- Nunca (never)
- Sí, pero lo dejé (yes, but quit) en _____ (año), y fumaba cerca de ____ paquetes por día por _____ años (PPD/ year)
- Sí, actualmente fumo _____ paquetes por día y he fumado durante _____ años (currently smokes ____ PPD for ____ yrs.)

¿Toma bebidas alcohólicas actualmente?

- Sí, bebo más de 7 bebidas por semana (more than 7 drinks/wk)
- Sí, bebo menos de 7 bebidas por semana (less than 7 drinks/wk)
- Solía beber, pero lo dejé en _____ (año) (quit drinking in _____)
- No

¿En la actualidad usa drogas ilícitas? (currently using recreational drugs?) No Yes

Tipo/Frecuencia (type / frequency): _____

Yo antes usaba drogas, pero lo dejé en _____ (año) (quit using drugs in _____)

HISTORIA SOCIAL (Social History)

¿Con quién vive? (lives with)
¿Cuál es su ocupación? (occupation)
¿Trabaja en turnos de noche? (work night shift?)
¿Cuántas horas al día trabaja fuera de casa? (hrs. employed outside of house)
¿Cuántas horas al día ve la televisión? (hrs. spent watching TV)
Si usted es discapacitado, se debe a: (on disability?)
¿Podría alguien ayudar a cuidarlo si usted llegara a estar gravemente enfermo? (help you?)
¿Es usted la persona principal que cuida a otra persona? (Hijos dependientes, padres) (caregiver?)
¿Qué pasatiempos son importantes para usted? (hobbies)

EJERCICIO (Exercise)

¿Hace ejercicio? De ser sí, describa _____

De ser no, ¿cuál es la actividad física más vigorosa que hace en una semana típica? (most strenuous activity) _____

¿Cuál de las siguientes actividades puede hacer sin detenerse a descansar? (can do activities)

- Caminar hacia un edificio desde un estacionamiento a distancia (walk from distant parking)
- Subir un tramo de escaleras (climb 1 flight of stairs)
- Subir dos tramos de escaleras (climb 2 flights of stairs)
- Ninguna de las anteriores (none of the above)

Medical Record Number

Patient Name



CLINICS • BARIATRIC SURGERY
PATIENT QUESTIONNAIRE

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

EJERCICIO

Se detiene a descansar durante las actividades, ¿cuáles son las razones principales para parar? (marque todas las que corresponden) *(reasons for stopping activity)*

- Falta de aliento *(shortness of breath)*
- Fatiga *(fatigue)*
- Dolor de pecho *(chest pain)*
- Incomodidad en una articulación *(joint pain)*: caderas rodillas tobillos pies
(hips) (knees) (ankles) (toes)
- Dolor de espalda *(low back pain)*
- Otro *(other)*: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES *(Family History)*

¿Alguno de sus familiares consanguíneos tienen los siguientes problemas? Explique la relación y el tipo de problema en el espacio proporcionado.

- Enfermedad cardiaca *(CAD)* _____
- Diabetes _____
- Enfermedad pulmonar *(Lung Dz)* _____
- Apoplejía (derrame/embolia) *(Stroke)* _____
- Enfermedad renal *(Kidney Dz)* _____
- Enfermedad hepática *(Liver Dz)* _____
- Cáncer _____
- Artritis reumatoide *(RA)* _____
- Alcoholismo _____
- Enfermedad mental seria *(Mental illness)* _____
- Otras enfermedades que se heredan en la familia *(Hereditary Dz)* _____

¿Usted o alguno de sus parientes consanguíneos tuvo un problema grave con la anestesia? *(Problem with Anesthesia?)*

- No Sí - enliste: _____

Lista de los pesos aproximados de todos los miembros de la familia (normal y con sobrepeso):

Abuela materna *(mat. grandmother)* _____ abuela paterna *(pat. grandmother)* _____

Abuelo materno *(mat. grandfather)* _____ abuelo paterno *(pat. grandfather)* _____

Madre *(Mom)* _____ Hermana(s) *(sisters)* _____

Padre *(Dad)* _____ Hermano(s) *(brothers)* _____

Niños *(children)* _____

Medical Record Number

Patient Name



CLINICS • BARIATRIC SURGERY
PATIENT QUESTIONNAIRE

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS (Review of Symptoms)

¿Tiene actualmente alguno de los siguientes síntomas? De ser sí, sírvase explicar:

- Dolor de pecho (CP) _____
- Desmayos o períodos de mareo (Dizziness) _____
- Palpitaciones o latidos cardiacos irregulares (Palpitations) _____
- Hinchazón en los tobillos (Ankle edema) _____
- Falta de aliento con la actividad (Dyspnea on exertion) _____
- Falta de aliento al subir un tramo de escaleras (Dyspnea with stairs) _____
- Tos crónica o esputo (flema) (Chronic cough or phlegm) _____
- Sed excesiva (Excessive salivation) _____
- Sangre en su flema (Hemoptysis) _____
- Excremento negro o alquitranado (Melena) _____
- Diarrea (Diarrhea) _____
- Estreñimiento frecuente o nuevo (Constipation) _____
- Pérdida temporal de la visión o visión borrosa (Blurred vision) _____
- Problemas con los dientes o encías (Teeth or gum problems) _____
- Debilidad temporal de una o más extremidades (Temporary extremity weakness) _____
- Debilidad o adormecimiento facial (Facial weakness or numbness) _____
- Ardor al orinar o frecuencia urinaria (Dysuria or urgency) _____
- Artritis o dolores articulares intensos (Arthritis) _____
- Dolor de espalda (Back pain) _____
- Erupción cutánea u otras condiciones de la piel (Rash /skin conditions) _____
- Sangrado excesivo después de cortaduras de menor importancia o después de cirugía dental (Excessive bleeding after procedures) _____
- Fiebre (Fever) _____
- Depresión/ansiedad (Depression / anxiety) _____
- Aumento o pérdida de peso de más de 10 libras en los últimos 3 meses (circule uno)
(Weight gain or loss in past 3 months)

Firma del paciente
Patient Signature

Escriba el nombre
Print Name

Fecha
Date

Hora
Time

Relacion de la persona que completo la forma si no es el paciente: _____
Relationship of person completing form if other than patient

Escriba el nombre
Print Name

Fecha
Date

Hora
Time

Medical Record Number

Patient Name

STANFORD HOSPITAL and CLINICS
STANFORD, CALIFORNIA 94305



CLINICS • BARIATRIC SURGERY
PATIENT QUESTIONNAIRE

Page 10 of 10

Addressograph or Label - Patient Name, Medical Record Number

**Gracias por completar este cuestionario.
Esto ayudará a su médico a entender mejor su salud.
Envíe el cuestionario por correo o por fax 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.

Key findings = positive responses or pertinent negatives

Attending MD: _____ Print Name: _____ Date: _____ Time: _____