

NUEVO FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: (Casa) _____ (Celular:) _____ Sexo: M / F

Referido por: _____

¿Cómo afecta su peso su vida y la salud? _____

Historia de peso

¿Cuándo se hizo con sobrepeso?

Infancia Adolescentes Edad adulta Embarazo Menopausia

¿Ha subido más de 20 libras en menos de 3 meses? Si / No ¿cuánto tiempo hace? _____

¿Lo mejor que puedas recordar, cuánto pesabas hace un año? _____

¿Hace cinco años? ¿_____ hace 10 años? _____

Su aumento de peso es causado por: (marque todos que aplican):

Estrés Matrimonio Divorcio Enfermedad Abuso de medicación Viajes Lesiones
 Trabajo escuela Insomnio Deshabitación (círculo todos que aplican): tabaco / Alcohol / drogas

Anteriores programas de pérdida de peso (marque todos que aplican):

Weight Watchers Nutrisystem Jenny Craig Pérdida de peso de LA Atkins
 South Beach Dieta de la zona Medifast Dieta de la rociada Paleo dieta
 Dieta HCG Dieta mediterránea Dieta de Ornish Otros: _____

¿Cuál fue la pérdida de peso máxima? _____

¿Cuáles son tus mayores desafíos con dieta? _____

¿Ha tomado medicamentos para bajar de peso? (Marque todas las que apliquen):

Fentermina (Adipex) Meridia Xenecal/Alli Phen/Fen Qsymia Contrave Belviq
 Phendimetrazine (Bontril) Topamax Saxenda Dietilpropión Bupropion (Wellbutrin)

Otros: _____

¿Lo que funcionó? _____

¿Lo que no funciona? _____

¿Por qué o por qué no? _____

Historia nutricional

¿Con qué frecuencia desayunas? _____ Días por semana en _____: _____ horas

Número de veces que comes al día: _____

¿Te levantas por la noche a comer? Si / No ¿con qué frecuencia? _____ Veces

Porciones diarias de: vegetales _____ frutas _____ carne _____ lácteos _____

Bebidas dulces (marque todos que aplican):

Soda Jugo Té dulce Café y té, si es así, ¿cuántas veces por día? _____
Número de veces por semana que comes comida rápida: desayuno _____ almuerzo _____ cena _____
Que lo inicia a comer: (marque todos que aplican):
 Estrés Aburrimiento Cólera Búsqueda de recompensa Partes Comer fuera de casa
 Comida rápida Otros: _____

Antojos de comida:

Azúcar Chocolate Almidones Salado Alta en grasas Porciones grandes

Comidas favoritas: _____

Historia clínica

Tipo de Ejercicio: _____

Duración: _____ horas _____ minutos Veces por semana: _____

¿Qué te impide hacer ejercicio? _____

¿Cuántas horas duermes por la noche? _____ ¿Cuántas veces se levanta durante la noche? _____

¿Se siente descansado por la mañana? _____

Más allá del historial médico (marque todos que aplican):

Ataque al corazón Angina de pecho Cálculos en la vejiga de rozadura Apnea del sueño

Presión arterial alta Accidente cerebrovascular Indigestión/reflujo artritis Tiroides

Colesterol alto Diabetes Enfermedad celíaca Ansiedad

Triglicéridos altos Gota Pancreatitis Depresión Infertilidad

Síndrome de ovario poliquístico Cáncer (tipo/s): _____

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con un trastorno alimentario? Si / No cuál? _____

Antecedentes quirúrgicos (marque todos que aplican):

Bypass gástrico Las bandas gástricas Manga gástrica Vejiga de rozadura Centro de

derivación Histerectomía Otros: _____

Medicamentos (lista de todos los actuales medicamentos y dosis):

Alergias: (Medicamentos) _____ (Comida) _____

Historia social

Fumar: Nunca Fumador actual (____ paquetes/día) Antes Fumador (dejar de fumar ____ años)

Alcohol: Nunca Ocasionales Regularmente (_____ bebidas por día)

¿Previo tratamiento para el alcoholismo? Si / No

Medicamentos: Nunca Actual Pasado Tipo de medicamentos: _____

Marihuana: Nunca Usuario actual (_____ veces por día)

Historia de la familia

Obesidad (marque todos que aplican): Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo

Diabetes (marque todos que aplican): Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo

Otros (marque todos que aplican): Presión arterial alta Enfermedades del corazón Colesterol alto

Triglicéridos altos Accidente cerebrovascular Problemas de la tiroides Ansiedad Depresión

Trastorno bipolar Alcoholismo Cáncer (tipo/s): _____ otro: _____

Historia ginecológica

¿Edad de primer periodo? _____ Edad cuando periodos terminados: _____

Periodos son: regulares / irregulares pesado / Normal / Ligeros

Número de embarazos: _____ Número de hijos: _____

Edad del primer embarazo: _____ edad de embarazo pasado: _____

Revisión del sistema

(Marque todos que aplican)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Erupción cutánea | <input type="checkbox"/> La piel pigmento génica / etiquetas de la piel |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones (cadera o rodilla) |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> En varo / arqueamiento de la pierna |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones | <input type="checkbox"/> Desmayo/ Inconsciente | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al plano |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos, extremidades |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Intolerancia de alimentos | <input type="checkbox"/> Disfagia / dificultad para deglutir |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Ardor de estómago | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos |
| <input type="checkbox"/> Aumento apetito | <input type="checkbox"/> Apetito disminuido | <input type="checkbox"/> Gas y la hinchazón abdominal |
| <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Flujo urinario lento | <input type="checkbox"/> Frecuencia/urgencia urinaria |
| <input type="checkbox"/> Micción nocturna | <input type="checkbox"/> Sangre en heces | <input type="checkbox"/> Pérdida de control de la orina |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Entumecimiento facial | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda (superior)/ Lumbalgia (inferior) |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolores musculares, dolor |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Debilidad y baja energía | <input type="checkbox"/> Incapacidad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés | <input type="checkbox"/> Excesiva sudoración |
| <input type="checkbox"/> Apnea | <input type="checkbox"/> Cambios en el cabello | <input type="checkbox"/> Fatiga/cansancio |
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> Reciente pérdida de peso más de 10 libras | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | |
| <input type="checkbox"/> Más de 10 libras de aumento de peso reciente | | |

(Sólo hombres)

Dificultad con las erecciones Pérdida de interés en el sexo Bajos niveles de testosterona

(Sólo mujeres)

Ausencia de periodos Oleadas de calor Cambio en los hábitos de la vejiga Vello facial

Menstruación anormal/excesiva Pérdida de interés en el sexo Dificultad para embarazarse