

ADVANCED SURGICAL SOLUTIONS, LCC

7 Industrial Road, Suite 203
Pequannock, NJ 07440
Teléfono (973) 696-9050
Fax (973) 696-9055

140 Route 17 North, Suite 102
Paramus, NJ 07652
Teléfono (201) 265-0080
Fax (973) 696-9055

Este paquete es una historia clínica y cuestionario exhaustivo diseñado para que los pacientes potenciales interesados en la cirugía bariátrica lo completen antes de venir a su primera cita en Advanced Surgical Solutions, LLC. Le recomendamos que se tome el tiempo para trabajar en este paquete y para ser lo más detallado posible. Le sugerimos que trabaje en este paquete en más de una ocasión tomando descansos según sea necesario.

El formato de esta historia clínica y cuestionario está pendiente de copyright y es propiedad exclusiva de Advanced Surgical Solutions, LLC. Fue creado por Dean P. Mellas P.A.-C, un Asociado de Vadim Gritsus M.D. Cualquier uso de este formulario sin el consentimiento expreso por escrito de Advanced Surgical Solutions, LLC, Dean P. Mellas P.A, -C y Vadim Gritsus M.D. está prohibido y se tomarán medidas legales en consecuencia.

ADVANCED SURGICAL SOLUTIONS, LLC

HISTORIAL MÉDICO Y CUESTIONARIO

Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Sexo _____ Fecha nacimiento ____ / ____ / ____

Edad _____ Lugar de nacimiento _____ Estado civil _____

Ocupación _____ Médico de atención primaria _____

Teléfono _____ Dirección _____

¿A quién debemos agradecerle por referirle a nuestra práctica? _____

¿Cuándo fue su último examen físico? _____ ¿Cuáles fueron los resultados? _____

Historia Médica y Enfermedades Actuales

(Enumere cualquier condición médica, por ejemplo, tuberculosis, enfermedad del corazón, presión arterial alta, colesterol alto, diabetes (inicio infantil), diabetes (inicio adulto), accidente cerebrovascular, problemas de tiroides, enfisema, neumonía, asma, apnea del sueño, ataque cardíaco, enfermedad del riñón / hígado / vesícula biliar / enfermedad pancreática, úlcera de estómago, cáncer, anemia, artritis, osteoporosis, enfermedad mental, trastorno convulsivo, obesidad, alcoholismo)

Condición Médica

Fecha de Diagnóstico

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia Quirúrgica

**Cirugías/procedimientos
anteriores**

Fecha

Cirujano

Hospital

Complicaciones

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Hospitalizaciones

Fecha

Razón

Nombre del Hospital

Duración de la estancia

Tratamiento dado

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Lesiones

Fecha

Historial Psiquiátrico/Hospitalizaciones

Alergias: Medicamentos, entorno, alimentos, látex (Por favor, enumere y describa la reacción)

Medicamentos

Nombre del medicamento
Ejemplo: Celebrex

Dosis (en mg)
100mg

Ruta por vía oral, inyección, etc.
por la boca

¿Con qué frecuencia?
(veces/día)
2 x día

¿Toma usted algún medicamento sin receta o usa algún medicamento a base de hierbas? (si es así, enumere)

Médicos que actualmente lo tratan (Nombre, especialidad, número de teléfono)

Historia Social

Estado civil _____ Ocupación del cónyuge _____ Número de hijos _____

Si está divorciado, fecha del divorcio _____

¿Cuánta educación ha completado? _____ Pasatiempos _____

¿Qué religión practica? _____ ¿Vive en un apartamento o casa privada? _____

¿Tiene buen apoyo en casa de la familia y los parientes? _____

¿Siente miedo/peligro de alguien en su hogar? _____

¿Fuma usted tabaco o usa productos de tabaco? _____ ¿Con qué frecuencia y cuánto fuma? _____

¿Durante cuántos años ha fumado usted? _____

Si ha dejado de fumar, por favor díganos cuánto y por cuánto tiempo ha fumado, y cuándo lo dejó _____

¿Bebe alcohol? _____ ¿Qué bebe? _____

¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguna vez le critica la familia/amigos por beber? _____

¿Usa drogas recreativas? _____ ¿De qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Le gusta apostar? _____

¿Tiene una rutina de ejercicios? _____ ¿Qué tipo de ejercicios hace? _____

Con qué frecuencia hace ejercicio (tiempo y número de días a la semana) _____

Historial Dietético

Esta pregunta es para darnos una comprensión acerca de un día en su vida. ¿En qué consisten sus comidas? Por favor, llévenos a través de un día promedio a partir del momento en que se despierta hasta el momento en que se vas a la cama.

¿Cuántas comidas come al día? _____ ¿Suele comer comidas grandes al final del día? _____

¿Come algo entre comidas? _____ ¿Come justo antes de irse a la cama? _____

¿Come cuando está triste? _____ ¿Le gusta comer dulces, caramelos, chocolate? _____

¿Disfruta de productos lácteos y/o yogures? _____

¿Bebe productos con cafeína? (café/té/colas/expreso, té helado, etc.) _____

Historial Familiar

Edad de vida/fallecimiento, estado de salud (bueno, justo, pobre). Indicar cualquier problema de salud

Padre _____

Madre _____

Hermano(s)/hermana(s) _____

Hijo(s)/hija(s) _____

Historial de Peso

Esta sección es extremadamente importante. La información se utilizará para la aprobación del seguro

¿Tenía usted sobrepeso de niño? _____ ¿Tenía usted sobrepeso de adolescente? _____

¿Como adulto joven? _____ ¿Como adulto? _____ ¿Durante cuántos años ha sido obeso? _____

¿Cómo ha cambiado su peso en los últimos 5 años? _____

¿Dónde lleva la mayor parte de su peso? _____ Peso actual _____

¿Ha tenido alguna pérdida o ganancia de peso recientemente? _____ Altura actual _____

Haga una lista de todos los programas supervisados médicamente (doctor) en los que ha participado.

Nombre del programa (doctor)	Costo	Fechas de asistencia	Peso Perdido	Peso Recuperado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Enumere todos los programas de pérdida de peso no médicos (comerciales) en los que haya participado.

(Ejemplo: Weight Watchers, Atkins Diet, South Beach Diet, LA Weight Loss).

Nombre del programa	Costo	Fechas de asistencia	Peso Perdido	Peso Recuperado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Por favor, enumere cualquier medicamento para bajar de peso que haya usado o esté usando, incluya las fechas de uso. (Ejemplo: Meridia, Xenical1 Stacker, PhenFen).

¿Ha probado grupos de terapia para bajar de peso? (Explique)

REVISIÓN DE SISTEMAS (Por favor, rodee con un círculo todos los que apliquen y describa en detalle en la línea de abajo)

Piel: ¿Alguna picazón, sequedad, cambios de color, erupciones cutáneas, bultos debajo de la piel, cambios en el cabello, cambios en las uñas o cambios en el tamaño/color de los lunares existentes? _____

Cabeza: ¿Tiene dolores de cabeza, mareos, alguna vez ha tenido alguna lesión en la cabeza en el pasado, o antecedentes de desmayos? _____

Ojos: ¿Usa anteojos? _____ ¿Cuándo fue su último examen ocular? _____

¿Tiene dolor ocular, enrojecimiento, lagrimeo excesivo, visión doble, glaucoma, cataratas, visión borrosa, pérdida de visión o sensibilidad a la luz? _____

Oídos: ¿Tiene alguna sordera, sonido agudo en los oídos, siente que la habitación está girando cuando está parado, tiene dolor, infección o secreción de oído? ¿Usa un audífono? _____

Nariz: ¿Tiene sequedad nasal, sangrado nasal frecuente, sensación de ardor en la nariz, secreción excesiva de la nariz, problemas en los senos o cualquier obstrucción en las fosas nasales? _____

Boca y garganta: ¿Tiene todos sus dientes? _____ ¿Usa dentadura? _____

¿Cuándo fue su último examen dental? _____

¿Tiene alguna dificultad para masticar comida? _____

¿Alguna vez le han dicho que tiene problemas de TMJ? _____

¿Tiene algún dolor en la lengua, sangrado de las encías, dolor en la garganta, dolor de amígdalas o cualquier cambio en su voz? _____

Cuello: ¿Tiene algún bulto o nódulo linfático agrandado en el cuello? _____

¿Alguna vez le han dicho que tiene bocio? _____

¿Tiene algún dolor de cuello o limitación de movimiento en el cuello? _____

Sistema respiratorio: ¿Tiene tos, esputo, tos con sangre, dificultad para respirar, sibilancias, asma, bronquitis, enfisema, neumonía, tuberculosis, dolor en el pecho al toser?

¿Alguna vez le han hecho la prueba de tuberculosis? _____

¿Cuándo fue su última radiografía de tórax y cuáles fueron los resultados?

¿Cuántas horas duerme por noche? _____ ¿Se despierta usted cansado? _____

¿Ronca usted? _____ ¿Tiene dolores de cabeza por la mañana? _____

¿Se duermes en el trabajo? _____

Sistema cardíaco: ¿Cuándo tuvo su último Electrocardiograma (EKG) y cuál fue el resultado? _____

¿Puede dormir de espaldas? _____ ¿Con cuántas almohadas duerme y durante cuánto tiempo ha usado esta cantidad? _____

¿Tiene dolor en el pecho? Por favor describa. ¿Se mueve este dolor a otra zona del cuerpo? _____

¿Siente que su corazón se acelera? _____

¿Alguna vez le han dicho que tiene un ritmo cardíaco irregular, es decir, fibrilación auricular? _____

¿Nota que sus labios/dedos de la mano o los pies se vuelven azules? _____

¿Tiene dificultad para respirar cuando camina o hace ejercicio? _____

¿Tiene hinchazón de las piernas / brazos / tobillos? _____

¿Tiene usted un soplo cardíaco? _____ ¿Tiene un marcapasos? _____

¿Alguna vez se despierta por la noche para recuperar el aliento? _____

¿Alguna vez ha utilizado Phen-phen? _____

¿Se ha hecho un ecocardiograma? (fecha y resultado) _____

Sistema gastrointestinal: (Rodee con un círculo todos los que apliquen y describa en las líneas de abajo) ¿Tiene alguna dificultad para tragar, náuseas, vómitos, ardor de estómago, cambio reciente en el apetito, vómitos de sangre, indigestión, heces negras, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, calambres abdominales, notar que la piel o los blancos de los ojos se vuelven amarillos, problemas de vesícula biliar, eructar o flatulencia excesiva, cambio en el ancho de las heces, o sangrado del recto al defecar? ¿Tiene problemas para controlar sus intestinos?

¿Alguna vez se ha hecho una colonoscopia? _____ En caso afirmativo, diga cuándo y el resultado: _____

Sistema urinario:

¿Está orinando con más frecuencia de lo habitual? _____
¿Orina una cantidad más grande de orina de lo habitual? _____
¿Tiene que despertarse para orinar por la noche? _____ ¿Tiene dolor al orinar? _____
¿Nota sangre en la orina? _____
¿Se encuentra usted teniendo que correr al baño para orinar? _____
Cuando está listo para orinar, ¿encuentra que tiene que esperar a que comience su flujo? _____
¿Tiene alguna incontinencia (incapaz de controlar la orina)? _____
¿Tiene alguna infección urinaria? _____ ¿Alguna vez ha tenido cálculos renales? _____
¿Ha notado un cambio en el color de la orina? _____
¿Tiene una reducción en la fuerza de su flujo o chorro? _____

Solo para pacientes masculinos

¿Tiene antecedentes de enfermedad de transmisión sexual? En caso afirmativo, enumere la condición y el tratamiento que ha recibido. _____

¿Tiene alguna llaga o secreción del pene, hernias, dolor o bultos en sus testículos? _____

¿Realiza usted el autoexamen testicular? _____

¿Es sexualmente activo o abstinente? _____

¿Qué forma de anticonceptivos usan usted y su pareja? _____

¿Tiene algún problema con la próstata? _____

¿Ha notado un cambio en su libido (interés por la actividad sexual)? Por favor describa. _____

Solo pacientes femeninos

¿A qué edad empezó a tener la menstruación? _____ ¿Su ciclo menstrual es regular o irregular? _____

¿Cuántos días tiene su ciclo? _____ ¿Durante cuántos días tiene sangrado? _____

¿Alguna vez sangra entre períodos? _____ ¿Cuándo fue su último período menstrual? _____

¿Actualmente es sexualmente activa o abstinente? _____

¿Tiene algún antecedente de enfermedades de transmisión sexual? En caso afirmativo, indique la condición y el tratamiento que haya recibido. _____

¿Tiene llagas dolorosas o secreción de la vagina? _____

¿Cuándo fue su último examen PAP y resultados? _____

¿Cuándo fue su última mamografía y resultados? _____

¿Toma suplementos de calcio diariamente para prevenir la osteoporosis?

¿Ha tenido una exploración ósea recientemente para evaluarla por osteoporosis? _____

¿Practica el autoexamen de mamas? _____

¿Ha notado erupciones, masas o picazón en sus senos? _____

¿Ha tenido alguna secreción de sus pezones? En caso afirmativo, describa. _____

¿Ha notado algún cambio de textura o color en la piel de sus senos? _____

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____ ¿Fueron sus embarazos a término? _____

¿Alguno de sus hijos nació prematuramente? _____ ¿Alguna vez ha tenido un aborto espontáneo? _____

¿Alguna vez ha terminado un embarazo? _____ ¿Alguno de sus hijos es adoptado? _____

¿Cómo está su libido? _____ ¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales? _____

¿Tiene dolor durante las relaciones sexuales? _____

¿Qué forma de anticonceptivos emplea? _____

¿Utiliza anticonceptivos orales (píldora)? _____

¿Ha pasado por la menopausia? (en caso afirmativo, ¿a qué edad?) _____

Después de la menopausia, ¿ha tenido algún sangrado? _____

¿Alguna vez ha utilizado terapia de reemplazo hormonal? _____

Sistema vascular periférico:

¿Tiene antecedentes de un coágulo de vena, flebitis, venas varicosas, o le dijeron que tiene claudicación intermitente?

Sistema musculoesquelético:

¿Tiene dolor en las articulaciones, hinchazón, rigidez, artritis, gota, dolor de espalda, dolor muscular o calambres, fracturas, dislocaciones, debilidad muscular? (indique la localización y describa) _____

Neurológico:

¿Tiene epilepsia, convulsiones, mareos o alguna vez ha perdido el conocimiento? _____

¿Tiene alguna perturbación en su sentido del olfato o la visión, entumecimiento en la cara o la boca, dificultad para masticar, debilidad en la cara, alteración en su sentido del gusto, alteración en la audición o el equilibrio, dificultades con el habla / al tragar? _____

¿Tiene alguna parálisis, reducción en el tamaño muscular, movimientos involuntarios, temblores incontrolables o dificultad para caminar? _____

¿Tiene aumento de la sensación, disminución de la sensación o ninguna sensación en alguna parte de su cuerpo?
(Describe la localización y explique) _____

Psiquiátrico: ¿Se siente nervioso / ansioso, tiene mucha tensión, se siente triste o tiene sentimientos de culpa, tiene frecuentes cambios de humor, tiene pensamientos acelerados, alguna vez ha intentado lastimarse, alguna vez ha intentado suicidarse, alguna vez le diagnosticaron o trataron esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, depresión o trastorno alimentario? _____

Sistema endocrino:

¿Ha tenido alguna anomalía de crecimiento, problemas de tiroides, intolerancia al calor o al frío (por ejemplo, usar una chaqueta para la nieve en verano o ninguna chaqueta en invierno), sed excesiva, sentir la necesidad de comer incluso cuando está lleno, cambio en la distribución del cabello o desarrollo anormal de los senos? _____
