

North Carolina Surgery

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal del paciente _____
(APELLIDOS) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

Rex Healthcare comparará su nombre legal con el nombre tal como aparece en la tarjeta del seguro.

Género ____ Últimos 4 dígitos del n° de seguro social (algunos seguros piden el número completo del SS) _____

Fecha de nacimiento _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Raza _____ Hispano _____ No hispano _____ Idioma _____

Dirección de correo postal _____

Dirección física (si es diferente a la dirección de correo postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° tel. de casa _____ N° tel. móvil _____ Dirección de correo electrónico _____

Médico que remite _____

Médico de atención primaria _____

Otro médico al que quiere que le enviemos información _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL PACIENTE

Situación: Tiempo completo ____ Tiempo parcial ____ Jubilado ____ Fecha de jub. _____ Estudiante tiempo completo? S/N Otro _____

Nombre del empleador _____ N° de teléfono _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE (Persona financieramente responsable si es diferente del paciente)

Nombre del garante _____ Relación con el paciente _____

Últimos 4 dígitos del n° de seguro social _____ Género _____ Fecha de nac. _____

Dirección de correo postal _____

Dirección física (si es diferente a la dirección de correo postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° de tel. de casa _____ Nombre del empleador _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____

Dirección de correo postal _____

Dirección física (si es diferente de la dirección de correo postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° de tel. de casa _____ N° tel. del trabajo _____ N° tel. móvil _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre de la compañía de seguros _____

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) _____ Relación _____

Fecha de nacimiento _____ Género _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre de la compañía de seguros _____

Nombre del titular de la póliza (si no es el paciente) _____ Relación _____

Fecha de nacimiento _____ Género _____

INFORMACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE (Complete esta sección SOLO si su enfermedad está relacionada con un accidente)

Tipo de accidente (auto, trabajo, otro) _____ Descripción _____

Fecha y hora del accidente _____ Lugar del accidente (ciudad, condado, estado) _____

Firma del paciente/representante autorizado _____ Fecha _____

Nombre del paciente _____
 Fecha de nacimiento _____

Divulgación de información limitada a familiares o amistades para consultorios médicos - HIM 1315s
Limited Release of Information to Family/Friends for Physician Clinics

Yo le doy permiso al consultorio médico que forma parte de UNC Health Care System a divulgar cierta información médica personal a las personas nombradas a continuación. A estas personas, se les dará solo la información pertinente a su participación en mi atención médica o al pago por mi atención médica.¹ Entiendo que no es obligatorio que yo complete este formulario para recibir atención médica.

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
 Relación con el paciente: _____ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada² sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

O

Solamente:

Las citas - programación y recordatorios	Los resultados de exámenes
El resumen de la visita	Las facturas
Otro:	

Nombre: _____ Número de teléfono: _____
 Relación con el paciente: _____ Hable con esta persona sobre (*marque todo lo que corresponda*):

Cualquier información que no sea delicada² sobre mi atención médica o el pago de mi atención médica.

O

Solamente:

Las citas - programación y recordatorios	Los resultados de exámenes
El resumen de la visita	Las facturas
Otro:	

Si cambio de opinión acerca de las personas o la información de contacto indicadas en este formulario, completaré un formulario nuevo con tales cambios.

_____ FECHA: _____ HORA: _____
 FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA Y RELACIÓN (si no es el paciente): _____

¹ Este formulario no es un sustituto de un poder notarial para la atención médica u otra designación formal de una persona autorizada a tomar decisiones médicas en su nombre si usted es incapaz de tomarlas. Si una persona nombrada arriba es su tutor o agente (bajo un poder notarial) o si está autorizada de otra manera para actuar en su nombre, su proveedor de atención médica puede divulgar a esa persona cualquier información médica personal que la ley permite.

Este formulario no es un sustituto para una autorización escrita válida que cumpla con el HIPAA cuando esta es obligatoria para divulgar copias de registros médicos o registros de facturación.

² Información delicada incluye información acerca de la salud mental, la drogadicción o el alcoholismo, el VIH y otras enfermedades contagiosas, y las pruebas genéticas. **Este formulario no se considera autorización suficiente para divulgar información delicada.**

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 6/14/17



* H I M 1 3 1 5 *

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO (PÁG. 1 de 2)

GENERAL CONSENT FOR TREATMENT

HIM# 129s

Yo entiendo que el University of North Carolina Health Care System (UNC Health) es un sistema de salud integrado formado por varias entidades como se indica en www.unchealthcare.org/documentapplicability (en este formulario se denomina a cada uno como «afiliado de UNC Health» o en forma colectiva como «afiliados de UNC Health»). Este consentimiento estará vigente 1 año a partir de la fecha en que yo lo firme en cualquiera de los afiliados de UNC Health en donde yo soy un paciente; sin embargo, no caducará en lo que respecta a servicios, procesamiento de reclamaciones ni actividades de cobros relacionados con las hospitalizaciones o visitas que ocurran durante el tiempo de vigencia de este consentimiento.

Consentimiento para recibir tratamiento/cuidado

Yo autorizo recibir tratamiento y cuidado de parte de los afiliados de UNC Health y sus médicos y proveedores de cuidados de la salud, incluyendo aquellos que están ubicados en otros lugares aparte del lugar donde yo me encuentre y que proporcionan tratamiento y cuidado a través de comunicaciones electrónicas/telemedicina. También autorizo recibir tratamiento y cuidado de médicos y proveedores de cuidados de la salud que no son empleados ni agentes de los afiliados de UNC Health (sin ánimo de exhaustividad, médicos y proveedores que se especializan en medicina de urgencias, anestesiología, cirugía, patología, psiquiatría, obstetricia y ginecología, radiología, oncología, cardiología, neurología, pediatría y medicina interna) pero que están autorizados por los afiliados de UNC Health para proporcionarme tratamiento y cuidado como paciente del afiliado de UNC Health, y que proporcionan servicios a los pacientes de los afiliados de UNC Health de acuerdo con su juicio profesional. Yo entiendo que mi tratamiento y cuidado puede incluir cuidado de rutina como la vacunación y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi afección, como por ejemplo análisis. Yo puedo recibir una lista de servicios y cuidados que he recibido de los afiliados de UNC Health. Yo entiendo que mi equipo médico en los afiliados de UNC Health puede incluir médicos residentes y estudiantes u otro personal en adiestramiento. Entiendo que la práctica de la medicina (incluyendo la cirugía) no es una ciencia exacta y nadie me ha dado ninguna garantía acerca de los resultados de los tratamientos, exámenes o procedimientos.

Consentimiento para el uso y la divulgación de información

Yo les doy permiso a los afiliados de UNC Health –incluyendo sus proveedores que remiten y proporcionan tratamiento y otros miembros del personal– para divulgar cualquier información acerca de mi persona, mi salud, los servicios de salud que me presten, o el pago por mis servicios de salud como la ley lo permita. Para información más detallada sobre la forma en la cual se puede usar o divulgar mi información, puedo leer el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de UNC Health.

Yo doy mi autorización a los afiliados de UNC Health y sus empleados, agentes y contratistas para tomar fotografías o videos de mi persona con propósitos permisibles de tratamiento, pago, operaciones de cuidados de la salud, enseñanza e investigaciones cuando yo he dado mi autorización o ha sido aprobado por el Institutional Review Board (Comité institucional de revisión) siempre y cuando tales grabaciones sean consistentes con las políticas y las leyes que protegen mis derechos.

Consentimiento para el uso de información dentro de UNC Health

Yo además doy permiso a los afiliados de UNC Health y sus proveedores que proporcionan tratamiento y a otros miembros del personal para divulgar entre ellos cualquiera de mi información confidencial necesaria para mi tratamiento, incluyendo información relacionada con la psiquiatría y la salud mental (incluyendo expedientes médicos de mi tratamiento de una institución cuyo propósito principal es proporcionar servicios de cuidado, tratamiento, habilitación o rehabilitación de los enfermos mentales, discapacitados en el desarrollo o drogadictos, como se definen en N.C.G.S Capítulo 122C, Artículos 1 y 3), drogas y alcohol (incluyendo expedientes médicos de un proveedor que proporciona diagnóstico, tratamiento o remisión para la drogadicción o alcoholismo, como se define de acuerdo a la ley federal en 42 C.F.R. Parte 2), VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas, y pruebas genéticas.

Responsabilidad financiera

Yo entiendo y estoy de acuerdo que los cargos de los médicos por los servicios médicos y profesionales realizados o supervisados por un médico se facturarán por separado de los cargos del hospital. Entiendo que el costo actual puede ser distinto del costo estimado que me den. También entiendo que es posible que una compañía de seguros no pague el monto total de mis cuentas, y yo pudiera ser responsable de la cantidad no pagada (como paciente, cónyuge, tutor o madre/padre de un menor de edad). Si yo no tengo seguro médico o no he proporcionado información vigente y exacta del seguro, soy responsable por el pago de todo el adeudo. Si he pagado de más en cualquiera de mis cuentas con un afiliado en particular de UNC Health, estoy de acuerdo en que el monto que se pagó de más se transfiera para pagar cualquier deuda pendiente de cualquiera de mis cuentas con otros afiliados de UNC Health. Yo designo a UNC Health como mi representante autorizado con respecto a cualquier póliza de seguro médico o seguro de responsabilidad civil o cualquier plan de salud colectivo, fondo o programa del cual yo soy beneficiario, y autorizo a UNC Health



* S D C O N A U T *

a ejercer en mi nombre el trámite de cualquier queja, reclamación o derecho de apelar, como el derecho de revisión externa, que yo pudiera tener conforme a tal póliza de seguro médico o seguro de responsabilidad civil o plan de salud colectivo, fondo o programa.

Certificación de cobertura, asignación y solicitud de pago de Medicare, Medicaid u otro seguro

Yo he sido informado de que Medicare solamente pagará por servicios que determine adecuados y necesarios conforme a la sección 1862(a)(1) de la ley de Medicare. Yo certifico que la información proporcionada por mí o mi representante autorizado en mi solicitud de pago para mis cuidados de la salud por los programas de Medicare o Medicaid es correcta. Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga al afiliado apropiado de UNC Health en mi nombre. Yo autorizo a los afiliados de UNC Health a facturar directamente y a traspasar el derecho a todo beneficio por seguro médico o de responsabilidad civil, de otra manera pagadero a mi persona, y autorizo el pago directo al afiliado apropiado de UNC Health.

Número del seguro social

Yo he dado voluntariamente mi número de seguro social. Los afiliados de UNC Health pueden usarlo con fines de identificación exacta, presentación de reclamaciones de seguro, facturación y cobros y cumplimiento de las leyes federales y estatales.

Número de teléfono celular y dirección de correo electrónico

Los afiliados de UNC Health o sus agentes o representantes se pueden comunicar conmigo por correo electrónico o teléfono (inclusive llamadas telefónicas y mensajes de texto) a cualquier dirección de correo electrónico o número de teléfono anotado en mi expediente del afiliado de UNC Health, incluyendo números de teléfono celular, con el propósito de comunicarse conmigo respecto a los cuidados de mi salud, la administración de mi cuenta y el cobro de cantidades adeudadas. También entiendo que médicos investigadores de UNC o miembros de sus equipos investigadores se pueden comunicar conmigo por teléfono o correo electrónico para averiguar si estoy interesado en participar en investigaciones con personas. Los métodos de contacto pueden incluir mensajes pregrabados o mensajes con voz artificial y mensajes de texto y el uso de servicios de llamada automáticos. Yo entiendo que puedo revocar el consentimiento para recibir comunicaciones mediante llamadas telefónicas, mensajes de texto o mensajes de correo electrónico en cualquier momento siguiendo las instrucciones en el mensaje o llamando a la oficina de atención al cliente de UNC Health al (888) 996-2767.

Objetos personales

A menos que yo sea un residente en un centro especializado de enfermería, yo entiendo que los afiliados de UNC Health no asumen responsabilidad por mis objetos personales que yo mantenga conmigo y yo libero a los afiliados de UNC Health de toda responsabilidad por la pérdida, robo o daño de esas pertenencias.

YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. MI REVOCACIÓN NO TENDRÁ VIGENCIA PARA ACCIONES YA TOMADAS POR PARTE DE CUALQUIER AFILIADO DE UNC HEALTH O A ACCIONES EN PROCESO.

YO AUTORIZO A LOS AFILIADOS DE UNC HEALTH A DIVULGAR TODOS LOS EXPEDIENTES NECESARIOS PARA CUMPLIR CON ESTAS SOLICITUDES. YO HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO, ME HAN OFRECIDO UNA COPIA, Y SOY EL PACIENTE O ESTOY AUTORIZADO PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.

FIRMA DEL PACIENTE (o representante autorizado) _____ FECHA: _____ HORA: _____
PATIENT SIGNATURE (or Authorized Representative) _____ DATE _____ TIME _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA / PRINTED NAME _____

RELACIÓN, si no es el paciente: _____
RELATIONSHIP, if not patient _____

GARANTE DE PAGO: La persona que esté de acuerdo con ser responsable por el pago *que no sea*: 1) el paciente, 2) el cónyuge del paciente, o 3) la madre o el padre de un menor de edad puede firmar en esta línea.

Si yo firmo a continuación como garante, yo estoy de acuerdo en pagar todas las cuentas no pagadas de los afiliados de UNC Health, incluso si no estoy legalmente obligado a pagarlas.

FIRMA DEL GARANTE DE PAGO _____ FECHA: _____ HORA: _____
GUARANTOR OF PAYMENT SIGNATURE _____ DATE _____ TIME _____

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA / PRINTED NAME _____



Rex Bariatric Specialists

Fecha de hoy:	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Médico que lo remitió:	Número de teléfono del consultorio:
Médico de atención primaria:	Número de teléfono del consultorio:
Tomador de decisiones en caso de una emergencia:	
Número de teléfono del tomador de decisiones:	

Alergia: Indique todas las alergias y reacciones	Reacción

Nombre de la farmacia	Dirección de la farmacia

Medicamentos actuales:

Nombre	Dosis	Cantidad que toma diariamente
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		

Historial médico: marque todo lo que corresponda.

Reflujo ácido/quemaduras de corazón		Artritis	
Anemia		Asma	
Ansiedad		Trastorno bipolar	
Coágulos de sangre		Arritmias cardíacas (fibrilación auricular)	
Cáncer		Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco)	
Insuficiencia cardíaca congestiva		Hepatitis (infección hepática)	
Estreñimiento		Colesterol alto	
Diarrea crónica		VIH/SIDA	
Cirrosis/enfermedad hepática		Hipertensión	
EPOC/ Fibrosis pulmonar		Hipotiroidismo o hipertiroidismo	
Depresión		Enfermedad renal	
Diabetes Mellitus Tipo 1 o 2		Enfermedad pulmonar	
Diverticulitis		Pancreatitis	
Epilepsia		Pseudotumor Cerebri	
Fibromialgia		Apnea	
la vesícula biliar		Derrame cerebral	
Úlceras gástricas		Otro:	
Gota		Otro:	

Historial quirúrgico: marque todo lo que corresponda.

Apendicetomía		Histerectomía	
Espalda/columna vertebral		Reemplazo de articulaciones	
Cerebral Cirugía		Cirugía de corazón abierto	
Cirugía de busto		Marcapasos	
De colon o recto Cirugía		Plástica Cesárea Cirugía	
Cesárea		Próstata Cirugía	
Cosmética Cirugía		De intestino delgado	
Desfibrilador		Colocación de stent	
Cirugía ocular		Reemplazo de válvula	
Reparación de fractura		Vasectomía	
vesícula biliar		Otro:	
Cirugía de hernia		Otro:	

Cirugía bariátrica previa	Tipo:	
Resultados	Peso	preoperatorio Pérdida máxima de peso
¿Cuándo/Dónde/Nombre del cirujano?		

Antecedentes familiares:

Relación	Vivo/ Fallecido	Enfermedad cardíaca	Cáncer	Trastorno de coagulación	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad renal	Pulmon- ar
Madre								
Padre								
Hermana								
Hermano								
Hija								
Hijo								

Historia social: marque todas las que correspondan.

Consumo actual de tabaco/nicotina (también vapeo/inmersión)	¿Tipo?	¿Cuánto por día?
Historial de consumo de tabaco	¿Tipo?	¿Fecha de salida?
Consumo actual de alcohol	¿Con qué frecuencia?	¿Cuánto cuesta?
Actual de drogas (también CBD/marihuana)	¿Tipo de droga?	¿Con qué frecuencia?

Historial de abuso doméstico:

¿Es el abuso, la violencia o la agresión sexual un problema para usted de alguna manera? Sí No

¿Su pareja/cuidador le amenaza de alguna forma? Sí No

Revisión del sistema: Indique algún problema activo.

Constitucional	Alteración visual	Gastrointestinal	Sangre
Cambio en el apetito	Pérdida	Distensión abdominal	Fácil sangrado/moretones
Escalofríos	Tinnitus (zumbido)	Dolor abdominal	Coágulos
Sudor	Ronquera	Sangrado rectal	Piel
Fatiga	Hemorragia nasal	Sangre en las heces	Palidez
Fiebre	Cambios de voz	Estreñimiento	Sarpullido
Cambio de peso	Problemas dentales	Diarrea	Hinchazón
Sistema nervioso	Corazón y pulmones	Náuseas	Psiquiátricos
Dolor	Dolor de pecho	Vómitos	Nerviosismo/ansiedad
Mareos	Hinchazón de piernas	Músculos/articulacio nes/ huesos	Autolesiones
Desmayos	Palpitaciones	Artralgia (dolor en las articulaciones)	Otros
Pérdida de memoria	Apnea	Dolor	Sistema urinario
Ojos/Oídos/Garganta	Opresión en el pecho	Problema	Frecuencia
Enrojecimiento	Sibilancias /Estridor	Mialgia (dolor muscular)	Sangre en la orina

Apnea obstructiva del sueño Evaluación

Somnolencia de Epworth:

¿Qué tan probable es que se quede dormido en las siguientes situaciones? Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación.

- 0 = ninguna posibilidad de quedarse dormido
 1 = poca posibilidad de quedarse dormido
 2 = probabilidad moderada de quedarse dormido
 3 = alta probabilidad de quedarse dormido

1. Sentarse y leer	
2. Ver televisión	
3. Sentarse inactivo en un lugar público (p. ej., un teatro o una reunión)	
4. Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso	
5. Acostarse para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan	
6. Sentarse y hablar con alguien	
7. Sentarse en silencio después de almorzar con alcohol	
8. En un automóvil, mientras se detiene por unos minutos en el tráfico	
Puntaje total:	

Tratamiento de la apnea del sueño:

1. ¿Actualmente está usando un dispositivo dental para el ronquido o la apnea del sueño?	Tipo de dispositivo
2. ¿Alguna vez ha usado un dispositivo dental o ronquido o apnea del sueño?	Tipo de dispositivo
3. ¿Utiliza actualmente CPAP/terapia de dos niveles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Ha recibido alguna vez terapia de CPAP/binivel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo comenzó la terapia?
5. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía por resoplido o apnea del sueño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Comportamientos del sueño: marque todo lo que corresponda.

A veces me he quedado dormido en momentos inapropiados, como conduciendo, comiendo o durante una conversación.	
Me han dicho que ronco fuerte.	
A veces me despierto con dolor de cabeza.	
Me han dicho que dejo de respirar cuando duermo.	

Historial de salud mental: marque todo lo que corresponda.

¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes?:

Alcoholismo	
Ansiedad	
Trastorno bipolar	
Depresión	
obsesivo compulsivo	
TEPT	
Esquizofrenia	
Otro:	

1. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado por una afección psiquiátrica?
 - a. ¿Si es así cuándo? _____
 - b. ¿Razón? _____
 - c. ¿Dónde? _____
2. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento por parte de un psiquiatra para el manejo de medicamentos?
 - a. Nombre del psiquiatra _____
3. ¿Actualmente recibe asesoramiento de un psicólogo?
 - a. ¿Nombre del psicólogo? _____
4. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas (puntuación en el cuadro a continuación)?

- 0 = nunca
 1 = Varios días
 2 = Más de la mitad de los días
 3 = Casi todos los días

a) Poco interés por el placer de hacer las cosas	
b) Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado	
c) Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido o dormir demasiado	
d) Cansado o con poca energía	
e) Falta de apetito o comer	
f) Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso, o que se ha defraudado a sí mismo o su familia.	
g) Moverse o hablar lentamente donde otras personas lo han notado. O por el contrario, estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	
Puntuación total:	

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han resultado estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa, o llevarse bien con otras personas?

- Nada difícil
- Algo difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN
Nutritional and Diet Questionnaire

A. Antecedentes de peso y dieta:

1. ¿Cuándo empezó a luchar con el aumento de peso?
 - a. De por vida desde la niñez
 - b. A la edad de _____
2. Escriba su peso máximo en la edad adulta (sin incluir embarazos) _____ libras _____ edad.
3. Escriba su peso mínimo en la edad adulta _____ libras _____ edad.
4. ¿Ha intentado bajar de peso por medio de dietas estructuradas u otros tratamientos? Sí No
5. En caso afirmativo, enumere cualquier dieta /dieta líquida o tratamiento que ha probado. Muchas compañías de seguro médico exigen esta información; por lo tanto, debe proporcionar una lista exacta y completa.

Dietas y programas comunes:

21 Day Diet
Atkins/dieta baja en carbohidratos
Dieta de la toronja
Jenny Craig
Dieta de bebidas proteínicas
Metabolife
Nutrisystem
Optifast/Medifast
Paleo (dieta paleolítica)
Physicians Weight Loss Center
SlimFast

Dieta South Beach
TOPS
Weight Watchers
Volumetrics
Zone Diet

Tratamientos de conducta:

Asesoramiento nutricional/Colaboración con un dietista
Entrenador físico
Hipnosis
Médico de cabecera
Centro dietético residencial

Nombre de la dieta o del tratamiento	Libras perdidas	¿Bajo vigilancia médica?

6. Enumere todos los medicamentos que ha usado para adelgazar. A continuación, hay una lista de los medicamentos más comunes. Proporcione una lista exacta y completa de cualquier medicamento que haya usado en el pasado: Acutrim, Alli, Bontril, Didrex, Phentermine, Xenical, Dexatrim, Fen/Phen, Meridia, Redux.

7.

Medicamento y dosis	Año de comienzo	Duración (meses)	Libras perdidas	¿Bajo vigilancia médica?

EVALUACIÓN DE PRESELECCIÓN NUTRICIONAL
NUTRITIONAL PRE-SCREENING ASSESSMENT

8. ¿Cuál es su motivación para someterse a la cirugía para adelgazar? Enumere 3 cosas que lo van a motivar a cumplir sus metas:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

9. ¿Ha tenido alguna cirugía para adelgazar anteriormente?

- a. Médico: _____
- b. Fecha: _____
- c. Tipo de cirugía: _____
- d. Peso al comenzar el programa: _____
- e. Libras perdidas en total: _____

10. ¿Se le ha diagnosticado o tratado algún trastorno de la conducta alimentaria en el pasado?

- a. *Explique:* _____

11. ¿Es diabético?

- a. No
- b. Sí
 - i. Diabetes de tipo 1
 - ii. Diabetes de tipo 2 (también conocida como diabetes en el adulto)

¿Está midiendo el nivel de glucosa en la sangre a diario? _____

En caso afirmativo, ¿qué niveles de glucosa ha tenido últimamente? _____

¿Usa insulina? _____

Tipo de insulina _____ Unidades _____

Tipo de insulina _____ Unidades _____

12. ¿Está recibiendo diálisis? _____

Información de contacto del dietista renal: _____

13. ¿Consuma nicotina actualmente?

(por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, cigarros, pipa, tabaco para mascar, chicle de nicotina o parches de nicotina)

- a. Tipo: _____
- b. Frecuencia/cantidad: _____

EVALUACIÓN DE PRESELECCIÓN NUTRICIONAL
NUTRITIONAL PRE-SCREENING ASSESSMENT

Conductas alimentarias (Marque con un círculo todo lo que corresponda).

1. Los obstáculos actuales para mejorar mi salud incluyen:
 - a. Falta de tiempo
 - b. Falta de motivación
 - c. Horario del trabajo
 - d. Demasiado caro
 - e. Compromisos sociales
 - f. Responsabilidad de la familia
 - g. Enfermedad o limitación física
 - h. Viajar por trabajo, etc.
 - i. Otro: _____
2. Mis fuentes escondidas de calorías extras probablemente vienen de:
 - a. Porciones grandes
 - b. Refrescos/otras bebidas
 - c. Dulces
 - d. Papas fritas
 - e. Comidas fritas
 - f. Comer mientras cocino
 - g. Comer afuera
 - h. Comer con distracciones (tele/manejando/etc.)
 - i. Comer cuando estoy molesto o estresado
 - j. Comer cuando estoy aburrido
 - k. Otro: _____
3. ¿Cómo se siente sobre hacer cambios conductuales?
 - a. Listo para empezar a hacer cambios ahora.
 - b. Listo para pensar en hacer cambios.
 - c. No estoy listo para hacer ningún cambio en mi estilo de vida.
4. ¿Cuántas comidas hace fuera de su casa a la semana?

a. Desayuno: _____	Comida rápida	Café	Cafetería	Restaurante
b. Almuerzo: _____	Comida rápida	Café	Cafetería	Restaurante
c. Cena: _____	Comida rápida	Café	Cafetería	Restaurante
5. ¿Se salta comidas?

a. Desayuno	¿Cuántos días por semana? _____
b. Almuerzo	¿Cuántos días por semana? _____
c. Cena	¿Cuántos días por semana? _____
6. ¿Con qué frecuencia come entre comidas?
 - a. Rara vez.
 - b. 1 vez al día.
 - c. 2 veces al día.
 - d. Picoteo durante todo el día.
7. ¿Cómo describiría la comida de la noche?
 - a. Casi nunca como la cena.
 - b. La comida más pequeña del día.
 - c. Comida moderada.
 - d. La comida más grande del día.
8. ¿Cuáles fuentes proteicas consume con mayor frecuencia?
 - a. Carne roja (carne de res o cerdo)
 - b. Pescado y pollo
 - c. Huevos y productos lácteos
 - d. Tofu, frijoles y lentejas
9. ¿Cómo se preparan las proteínas que consume por lo general? (Marque con un círculo todo lo que corresponda).
 - a. A la parrilla
 - b. Salteado con mantequilla o aceite
 - c. Horneado o asado
 - d. Frito
10. ¿Cuántas porciones de fruta come al día? _____

EVALUACIÓN DE PRESELECCIÓN NUTRICIONAL
NUTRITIONAL PRE-SCREENING ASSESSMENT

11. ¿Cuántas porciones de verduras come al día? _____
- Preparadas con queso, mantequilla o aderezo
 - Enlatadas
 - Frescas
 - Congeladas
12. ¿Qué tipo de carbohidratos consume con mayor frecuencia?
- Evito los carbohidratos.
 - Granos enteros (arroz integral, bulgur, cebada, quinoa, pan integral).
 - Verduras almidonadas (papas, guisantes, maíz, frijoles).
 - Carbohidratos refinados (arroz blanco, pasta de harina blanca, pan blanco).
 - Dulces (golosinas, pasteles, muffins, etc.).
13. ¿Con qué frecuencia come productos lácteos bajos en grasa?
- Rara vez
 - 1 a 2 veces a la semana
 - 1 vez al día
 - 2 veces al día
14. ¿Cuáles bebidas toma con mayor frecuencia?
- | | |
|---|--|
| ol type="a"> Agua Agua con sabor Jugo de fruta Café | ol type="a"> Té dulce frío Té frío sin endulzar Refrescos regulares Refrescos de dieta o agua de Seltz |
|---|--|
15. ¿Cuántas onzas de agua toma al día en promedio? _____ onzas
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma?
- Menos de una bebida al mes
 - 2 a 4 bebidas al mes
 - 1 a 2 bebidas a la semana
 - 1 a 2 bebidas al día
 - 2 a 3 bebidas al día
 - Otro (especifique): _____
17. ¿Cuántas veces a la semana hace ejercicio por 20 minutos o más?
- Rara vez
 - 1 a 2 veces a la semana
 - Más de 3 veces a la semana
- Especifique el tipo y la duración de ejercicio que hace actualmente: _____
- ¿Tiene limitaciones u obstáculos actuales para aumentar el nivel de ejercicio? _____
- ¿Qué tipo de ejercicio ha recomendado su médico? _____
18. ¿Cuántas horas duerme por la noche por lo general?
- 1 a 2 horas
 - 3 a 4 horas
 - 5 a 6 horas
 - 7 horas o más
19. ¿Cuáles son los cambios que usted ha hecho desde que empezó a participar en el programa bariátrico?
- Reducir el consumo de carbohidratos refinados («alimentos blancos»)
 - Incrementar la actividad física
 - Aumentar el consumo de agua
 - _____

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 03/20/18