



Jacobi

JACOBI MEDICAL CENTER
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

MEMO

SU PRIMERA CITA EN LA CLÍNICA BARIATRICA ES:

CLÍNICA: CIRUGÍA BARIATRICA

FECHA: _____

HORA: _____

LUGAR: EDIFICIO # 8 – 2^{DO} PISO – 2C

POR FAVOR LLENE TODA LA INFORMACIÓN MEDICA DENTRO DEL SOBRE.
TRAIGA ESTA INFORMACIÓN CON USTED A SU PRIMERA CITA.

IMPORTANTE: TODAS LAS CITAS RELACIONADAS CON SU CIRUGÍA BARIATRICA SERÁN DADAS POR MEDIO DE NUESTRO DEPARTAMENTO. POR FAVOR NO TRATE DE HACER ESTAS CITAS SIN NUESTRA ASISTENCIA.

CUALQUIER PREGUNTA LLÁMENOS AL 718-918-5677 O 718-918-6065. TAMBIÉN PUEDE ENVIARNOS UN CORREO ELECTRÓNICO A:

Yocasta.Herrera@nbhn.net

CIRUGÍA BARIATRICA

HOJA DE CITAS

NOMBRE:		NUMERO DE REC:	
CITA INICIAL EN LA CLÍNICA	FECHA:	EDIFICIO: # 8 2DO PISO 2C	TEL. (718) 918-5677 O (718) 918-6065
CLÍNICA	TEL #	LUGAR	FECHA/HORA
CLÍNICA BARIATRICA	(718) 918-5677	EDIFICIO 8 2DO PISO 2C	FECHA: FECHA: FECHA: FECHA:
ENDOSCOPIA **No comer/beber después de 12AM **Venga acompañado	(718) 918-7668	EDIFICIO 1 2DO PISO 2 SUR	FECHA:
ULTRASONIDO **No comer/beber después de 12AM	(718) 918-4956	EDIFICIO 6 3ER PISO – 3D	FECHA:
NUTRICIÓN	(718) 918-5567	EDIFICIO 8 2DO PISO 2C	FECHA: _____ FECHA: _____ FECHA: _____ FECHA: _____ FECHA: _____
CONSULTA MEDICA	(718) 918-5677	EDIFICIO # 8 4 ^{TO} PISO	FECHA:
ESTUDIO DEL SUENO **Solo si es necesario	BETTER SLEEP NY 3427 BRUCKNER BOULEVARD BRONX, NY 10461 <input type="checkbox"/>	NY METRO SLEEP 1250 WATERS PLACE SUITE 505 BRONX, NY 10461 <input type="checkbox"/>	<i>CLÍNICA DEL SUENO TE LLAMARA PARA LA CITA</i>
PULMONAR **Solo si es necesario	(718) 918-5677	EDIFICIO 8 4 ^{TO} PISO	FECHA:
EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA	(718) 918-5677	EDIFICIO 8 2DO PISO – 2C	FECHA:
REUNIONES DE GRUPO (MANDATORIO ASISTIR A 2 REUNIONES)			
FECHA:		FECHA:	
*** IMPORTANTE: NO INTENTE HACER LAS CITAS POR SU PROPIA CUENTA.			
LAS CITAS SE LAS DARA EL DEPARTAMENTO DE BARIATRICA			

➤ **TRAIGA ESTA HOJA A TODAS SUS CITAS. ESTO SERA PRUEBA DE QUE HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ANTES DE PODER DARLE UNA FECHA PARA SU CIRUGÍA.**

PREGUNTAS???? LLÁMENOS AL (718) 918-5677 O (718) 918-6065
TAMBIÉN PUEDE ENVIARNOS UN EMAIL A: YOCASTA.HERRERA@NBHN.NET

NORTH BRONX HEALTHCARE NETWORK
JACOBI MEDICAL CENTER
 Cuestionario para la Cirugía Bariátrica

POR FAVOR, ESCRIBA CLARO		
LLENE ESTE CUESTIONARIO COMPLETAMENTE		
NOMBRE:		NUMERO DE REC:
DIRECCIÓN:		# DE APARTAMENTO:
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
TELÉFONO: ()		CELULAR: ()
ESTADO CIVIL:	CUANTOS HIJOS:	EDAD DE HIJOS:
BMI:	ALTURA:	PESO:
SEGURO MEDICO:		# DE SEGURO:

NOMBRE DE FARMACIA: _____ **TELÉFONO DE FARMACIA:** _____

DIRECCIÓN DE FARMACIA: _____

INTENTOS DE PERDER PESO: ¿Cuántos años ha vivido con sobrepeso? _____ Años.

PROGRAMAS Y SUPLEMENTOS DE LA DIETA Indique si ha usado alguna dieta/programa para perder peso. ↓

PROGRAMAS	FECHAS	¿POR CUANTO TIEMPO	SUPERVISIÓN MEDICA	PERDIDA DE PESO
Weight Watchers			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Jenny Craig			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Metabolife			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Medifast			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nutri/System			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Atkins Diet			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Herbalife			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Slim Fast			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dieta de Toronja			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dieta Liquida			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Pritikin Diet			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Optifast			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TOPS			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

- ¿Ha intentado otro tipo de programa para perder peso? _____

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS PARA PÉRDIDA DE PESO Por favor de indicar si ha usado estos medicamentos para perder peso ↓

MEDICAMENTOS	FECHAS	¿POR CUANTO TIEMPO?	SUPERVISION MEDICA	PERDIDA DE PESO
Amfetaminas			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Phentermine (Adipex, Fastin, Pondimen)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Phen-Fen			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dexfenfluramine (Redux)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Xenical (Orlistat)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Meridia (Sibutramine)			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OTRA DIETA CON MEDICAMENTOS			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

TERAPIAS SIN DIETAS: Por Favor de indicar si ha usado alguna de estas terapias para perder peso ↓

TERAPIA	FECHAS	¿POR CUANTO TIEMPO?	SUPERVISIÓN MEDICA	PERDIDA DE PESO
Ejercicio			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Hipnosis			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Terapia para comportamiento al comer			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Acupuntura			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Indique cualquier otro tratamiento para perder peso			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

CIRUGÍA PREVIAS PARA PERDER PESO: SI NO **TIPO OF CIRUGÍA:** _____

FECHA: _____ **CIRUJANO:** _____ **PERDIDA DE PESO:** _____

COMPLICACIÓN MEDICA COMO RESULTADO DE SU OBESIDAD ¿Tiene o ha tenido algunas de estas enfermedades? ↓

ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AÑO DE DIAGNOSTICO:
Angina	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ataque de Corazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cirugía Coronarias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA:
Cirugía de Angioplastia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA:
Palpitación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

CONGESTIÓN DE FALLO AL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AÑO DE DIAGNOSTICO:															
TENSIÓN ARTERIAL ALTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AÑO DE DIAGNOSTICO:															
DIABETES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AÑO DE DIAGNOSTICO:															
Diabetes Juvenil	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																
Gestacional	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																
Diabetes de Adulto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																
Controla Diabetes con Dieta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																
Toma medicinas para diabetes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																
Insulina	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																
COLESTEROL ELEVADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AÑO DE DIAGNOSTICO:															
TRIGLICÉRIDOS ELEVADOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																
ASMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AÑO DE DIAGNOSTICO:															
CORTO DE LA RESPIRACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si Es si, Puedes caminar ___cuadras Puedes súbber ___escalones															
APNEA DE SUEÑO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si es sí. Tienes maquina CPAP o BIPAP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
DIFICULTADES DE SUEÑOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>El roncar</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>El despertar en la Noche</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Somnolencia en el Día</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Periodos observados del apnea</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dolores de cabeza de la mañana</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	El roncar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	El despertar en la Noche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Somnolencia en el Día	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Periodos observados del apnea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza de la mañana	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
El roncar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>															
El despertar en la Noche	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>															
Somnolencia en el Día	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>															
Periodos observados del apnea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>															
Dolores de cabeza de la mañana	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>															
REFLUJO/ARDOR DE ESTOMAGO/ ESOFAGITIS/ HERNIA HIATAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AÑOS DE DIAGNOSTICO:															

Toma medicina recetada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Toma medicina sin receta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Frecuencia del uso		
Endoscopia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA:
ESTASIS VENOSO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Hinchazón de la pierna o del tobillo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Ulceración en la pierna	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cambio del color de piel de la pierna o hinchazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DOLOR O ARTRITIS EN LOS TOBILLOS/RODILLAS/CADERAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Limita habilidad de caminar o ejercitarse	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Toma medicamentos recetados	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Toma medicamentos sin receta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DOLOR EN LA ESPALDA/CIÁTICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Limita habilidad de caminar/ejercicio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Toma medicina recetada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Toma medicina sin receta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INCONTINENCIA URINARIA (Gotea orina)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Al toser/estornudar/al hacer fuerza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Veces por Semana _____
MIGRAÑA / DOLORES DE CABEZA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Frecuencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Toma medicina recetada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Toma medicina sin receta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TROMBOSIS EN LAS VENAS (coágulos en las venas)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Año de Diagnóstico: _____
Embolia pulmonar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Toma receta para poner sangre menos espesa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
HERNIA EN LA PARED ABDOMINAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Incisiones (Con operación)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA:

--	--	--	--

HISTORIAL MEDICO Por favor indique si algún familiar tiene/tuvo una de las siguientes enfermedades ↓

Obesidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cáncer del seno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Presión Alta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Otros tipos de Cáncer	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabetes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enfermedad en Riñones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Enfermedad del Corazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Desorden Sanguíneo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Derrames	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Problemas de sangrado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

HISTORIAL DE CIRUGÍAS Por favor indique si ha tenido cirugías anteriormente. ↓

PROCEDIMIENTO	INFORMACIÓN	HOSPITAL	FECHA

ES ALÉRGICO A ALGUNA MEDICINA? SI NO

SI ES ALÉRGICO, INDIQUE A QUE MEDICINA Y LA REACCIÓN (e.g., picazón, problemas de respiración, shock, etc.)

MEDICINA: _____

REACCION: _____

- HA RECIBIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE? SI NO
- HA TENIDO HEPATITIS? SI NO
- HA SIDO EXPUESTO AL HIV/SIDA? SI NO
- HA USADO DROGA INTRAVENOSA? SI NO

➤ ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A) SEPARADA DIVORCIADO(A)

➤ HIJOS: SI NO CUANTOS? _____ EDAD DE HIJOS: _____

➤ EN QUE USTED TRABAJA: _____

➤ FUMA TABACO? SI NO CUANTOS PAQUETES AL DÍA _____

CUANTOS AÑOS FUMANDO: _____

➤ BEBE ALCOHOL? SI NO CANTIDAD / FRECUENCIA _____

➤ HA SIDO TRATADA POR DEPRESIÓN? SI NO

➤ ESTA AHORA EN TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN? SI NO

➤ SI ESTA SIENDO TRATADA POR DEPRESIÓN INDIQUE DONDE LA ESTÁN TRATANDO:
(HOSPITAL/NOMBRE DEL DOCTOR) _____

➤ HA SIDO HOSPITALIZADA POR ENFERMEDAD MENTAL? SI NO

TESTIMONIO MEDICO: HE REVISADO Y VERIFICADO LA INFORMACIÓN DE

ARRIBA CON: PACIENTE: _____ MEDICO: _____

FECHA: _____

JACOBI MEDICAL CENTER

Escala de Somnolencia de EPWORTH

PREGUNTA

¿ Con qué frecuencia se queda Ud. dormido en las siguientes situaciones?
Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.
Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

<u>Situación</u>	<u>Puntuación</u>
• Sentado y leyendo	
• Viendo la T.V.	
• Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	
• En coche, como copiloto de un viaje de una hora	
• Tumbado a media tarde	
• Sentado y charlando con alguien	
• Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	
• En su coche, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	
Puntuación total (máx. 24)	

Puntuación: 0-10 El rango normal (Normal range)

10-12 Incierto (Borderline)

12-24 Anormal (Abnormal)

Adaptado del Portal de la Medicina de Rehabilitación Cubana
