



13000 Harbor Center Drive, #202, Woodbridge, VA, 22192  
Teléfono: 703-955-5355 Fax: 703-955-5348

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE NUEVO

Nombre: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (MI) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: (Casa/Celular) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Género: M / F

Referido por: \_\_\_\_\_

### Historial de peso

¿Cuándo notó por primera vez que estaba aumentando de peso?

- Infancia       Adolescentes       Adultez       Embarazo       Menopausia

¿Alguna vez ganó más de 20 libras en menos de 3 meses? S / N Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesabas: hace un año? \_\_\_\_\_ ¿Hace cinco años? \_\_\_\_\_ ¿Hace 10 años? \_\_\_\_\_

Eventos de la vida asociados con el aumento de peso (marque todo lo que corresponda):

- Matrimonio       Divorcio       Embarazo       Abuso       Enfermedad  
 Viajes       Lesiones       Trabajo nocturno       Cambio de trabajo       Dejar de fumar  
 Alcohol       Drogas  
 Medicamentos (indique: \_\_\_\_\_)

Programas previos de pérdida de peso (marque todo lo que corresponda):

- Weight Watchers       Nutrisystem       Jenny Craig       LA Weight Loss       Atkins  
 South Beach       Zone Diet       Medifast       Dash diet       Paleo diet  
 HCG diet       Mediterranean diet       Ornish diet       Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su máxima pérdida de peso? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son tus mayores desafíos con la dieta? \_\_\_\_\_

¿Cómo afecta su peso a su vida y salud? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado medicamentos para bajar de peso? (marque todo lo que corresponda):

- Phentermine (Adipex)       Meridia       Xenecal/Alli       Phen/Fen       Semaglutide  
 Phendimetrazine (Bontril)       Topamax       Saxenda       Diethylpropion       Vegovy  
 Bupropion (Wellbutrin)       Belviq       Qsymia       Contrave       Mounjaro  
 Ozempic

Otros (incluidos suplementos): \_\_\_\_\_

¿Qué funcionó? \_\_\_\_\_

¿Qué no funcionó? \_\_\_\_\_

¿Por qué o por qué no? \_\_\_\_\_



13000 Harbor Center Drive, #202, Woodbridge, VA, 22192  
Teléfono: 703-955-5355 Fax: 703-955-5348

Antecedentes nutricionales

¿Con qué frecuencia desayuna? \_\_\_\_\_ días a la semana a las \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ am

Número de veces que come al día: \_\_\_\_\_ ¿Qué bebidas bebe? \_\_\_\_\_

¿Te levantas por la noche para comer? S / N Si es así, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ veces

Enumere cualquier intolerancia/restricción alimentaria: \_\_\_\_\_

Desencadenantes alimentarios (marque todo lo que corresponda):

- Estrés             Aburrimiento             Ira             Insomnio             Buscando recompensa
- Fiestas             Salir a comer             Otro: \_\_\_\_\_

Los antojos de alimentos:

- Azúcar             Chocolate             Almidones             Salado             Comida rápida
- Alto contenido de grasa             Porciones grandes

Comidas favoritas: \_\_\_\_\_

Historial Médico

Tipo de ejercicio: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos Número de veces por semana: \_\_\_\_\_

¿Algo te limita para hacer ejercicio? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duermes por noche? \_\_\_\_\_

¿Te sientes descansado por la mañana? \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos (marque todo lo que corresponda):

- Ataque cardíaco             Angina             Calculos en la vesícula biliar             Apnea del sueño
- Presión arterial alta             Derrame cerebral             Indigestión/reflujo             Tiroides
- Colesterol alto             Diabetes             Enfermedad celíaca             Ansiedad
- Triglicéridos altos             Gota             Pancreatitis             Depresión
- Infertilidad             Artritis             Síndrome de ovario poliquístico             Bipolar
- Glaucoma             Cáncer (tipo/s): \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han diagnosticado un trastorno alimentario? S / N En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Antecedentes quirúrgicos anteriores (marque todo lo que corresponda):

- Bypass gástrico             Banda gástrica             Manga gástrica             Vesícula biliar             Bypass cardíaco
- Histerectomía             Otro: \_\_\_\_\_

Medicamentos (enumere todos los medicamentos actuales, incluidos los medicamentos de venta libre, los suplementos y las hierbas):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias:

(Medicamentos) \_\_\_\_\_

(Alimento) \_\_\_\_\_

**Antecedentes Sociales**

Tabaquismo:  Nunca  Fumador Actual \_\_\_\_\_ paquetes/día  Exfumador (dejó de fumar hace \_\_\_\_\_ años)  
 Alcohol:  Nunca  Ocasional  Regularmente ( \_\_\_\_\_ bebidas por día)  
 ¿Tratamiento alcoholism? Y / N  
 Drogas:  Nunca  Actual  Pasado  Tipo de drogas: \_\_\_\_\_  
 Marihuana:  Nunca  Usuario Actual ( \_\_\_\_\_ veces/día)

**Historia Familiar**

Obesidad (marque todo lo que corresponda):  Madre  Padre  Hermana  Hermano  
 Hija  Hijo  
 Diabetes (marque todo lo que corresponda):  Madre  Padre  Hermana  Hermano  
 Hija  Hijo  
 Otro (marque todo lo que corresponda):  Presión arterial alta  Enfermedad cardíaca  Colesterol alto  
 Triglicéridos altos  Derrame cerebral  Problemas de tiroides  Ansiedad  Depresion  
 Trastorno bipolar  Alcoholismo  Cáncer (tipo/s): \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Antecedentes ginecológicos**

¿Edad en que comenzaron los períodos? \_\_\_\_\_ Edad en que terminaron los \_\_\_\_\_  
 Los períodos son: Regulares / Irregulares Pesados / Normales / Ligeros  
 Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_  
 Edad del primer embarazo: \_\_\_\_\_ Edad del último embarazo: \_\_\_\_\_

**Revisión del Sistema**

(Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente de más de 10 libras	<input type="checkbox"/> Sarpullido en la piel	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Aumento de peso reciente de más de 10 libras	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho
<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Desmayos/desmayos	<input type="checkbox"/> Palpitaciones
<input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Distensión abdominal
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar cuando está plano	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Intolerancia a los alimentos
<input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos/extremidades	<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Nauseas/vómitos
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Disminución del apetito	<input type="checkbox"/> Acidez estomacal
<input type="checkbox"/> Disfagia/dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria/urgencia	<input type="checkbox"/> Flujo de orina lento
<input type="checkbox"/> Aumento del apetito	<input type="checkbox"/> Sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda (superior)
<input type="checkbox"/> Gases e hinchazón	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Dolor/dolores musculares
<input type="checkbox"/> Micción nocturna	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda (inferior)	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Depresion
<input type="checkbox"/> Mareos		
<input type="checkbox"/> Debilidad/baja energía		



13000 Harbor Center Drive, #202, Woodbridge, VA, 22192  
Teléfono: 703-955-5355 Fax: 703-955-5348

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insomnio              | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria  | <input type="checkbox"/> Incapacidad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Cambios de humor      | <input type="checkbox"/> Nerviosismo         | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés            |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío  | <input type="checkbox"/> Sudoración excesiva | <input type="checkbox"/> Cambios en el cabello         |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor | <input type="checkbox"/> Coágulos de sangre  | <input type="checkbox"/> Fatiga/cansancio              |

**(Solo mujeres)**

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ausencia de períodos          | <input type="checkbox"/> Sofocos      | <input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos de la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Menstruación anormal/excesiva | <input type="checkbox"/> Vello facial |   |

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_