



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: _____