

¿Sufre de asma? Si No

¿Alergias? Si No a

que?: _____

¿Tiene Colon Irritable? Si No

¿Sufre de Artritis? Si No

¿Alergia a medicamentos? Si No

a cuales? _____

¿Hay sobrepeso u obesos en la familia? Si No

¿Quien?: _____

¿Ha sentido discriminación por su sobrepeso? Si No

Usted cree que tiene: Sobrepeso Obesidad Normal

¿Que sabor prefiere en sus comidas?

Salado Dulce Amargo Equilibrado Nada especial

¿Tiene cirugía estética? Si No

Cara Reducción mamaria Prótesis mamaria

Liposucción Dermolipectomía

SOLO MUJERES

¿Menopausia? Si No

¿Histerectomía? Si No

¿Aumentó mas de 15 Kg / embarazo? Si No

¿Toma anticonceptivos? Si No

¿Toma anticoagulantes? Si No

¿Su menstruación es regular? Si No

CUESTIONARIO

Le agradezco responda el presente cuestionario de la forma mas verídica posible antes de comenzar la consulta. Gracias.



Consulta de Primera



Cedula: _____

Edad: _____

Contextura pequeña
mediana
grande

Nivel de estudios

Incompleto
Bachiller
Técnico
Universitario
Postgrado

Oficio: _____

Motivo de Consulta

Adelgazar
Perder peso
ambos

Usted se considera

Activo
Poco activo
Sedentario

Hace ejercicios Si No

menos de 2 horas
2 a 10 horas semanales
mas 10 horas semanales

¿Ha tomado medicamentos
para adelgazar? Si No
¿Ha hecho dietas? Si No
¿Cuántas? _____
¿Toma Hormonas? Si No
¿Menopausia? Si No

¿Tiene Diabetes? SI NO

¿Familia Diabética? SI NO

¿Quien?

Padre Madre Hermano(a) Tíos Abuelos

¿Tiene Hiperinsulinismo? Si No

¿Toma Glucofage? Si No

¿Hipotiroidismo? Si No

¿Toma hormona tiroidea? Si No

¿Pierde peso fácil? Si No

¿Lo gana rápido? Si No

¿Se le hinchan los párpados? Si No

¿Tiene la piel seca? Si No

¿Siente mucho cansancio? Si No

¿Sueño durante el día? Si No

¿Alteraciones del sueño? Si No

¿Se le cae el pelo? Si No

¿Se le parten las uñas? Si No

¿Sufre de depresión? Si No

¿Tiene Hipertensión? Si No

¿Se le baja el azúcar? Si No

¿Tiene el Colesterol alto? Si No

¿Tiene celulitis? Si No

¿Sufre de los Nervios? Si No

¿Dolores de cabeza? Si No

¿Migrañas? Jaquecas

¿Mareos? Si No

¿Estreñimiento? Si No