



**Elaine Foster, Ph.D., ABPP**  
**Prescribing Psychologist**

**2488 Calle de Guadalupe #594, Mesilla, NM 88046-0594**

**Telephone 575.323-0341 / Fax 575.252-6132**

**Orientación a la evaluación psicológica de la cirugía prebariátrica**

La cirugía bariátrica es un gran cambio en la vida, y queremos asegurarnos de que pueda enfrentar sus desafíos. La evaluación psicológica de la cirugía prebariátrica cubre una serie de problemas relacionados con su peso y su decisión de someterse a una cirugía bariátrica. La evaluación es una parte de una evaluación multidisciplinaria que implica reunir información recopilada de los miembros del equipo médico, quirúrgico, nutricional y psiquiátrico. Los componentes de la evaluación se detallan a continuación. Por ejemplo, el Dr. Foster, su examinadora, revisará su peso e historial de dieta, identificará cualquier trastorno psiquiátrico, evaluará su historial de uso de sustancias, evaluará su comprensión de los riesgos y beneficios de la cirugía y evaluará su motivación, conciencia y capacidad para realice los tipos de cambios necesarios para un resultado positivo. El objetivo de la evaluación es evaluar, desde una perspectiva psicosocial, si existen barreras que puedan interferir con su seguridad y con un ajuste positivo a su procedimiento quirúrgico.

**Que esperar**

Por favor **complete la documentación siguiendo antes de su cita**. Toda la documentación debe completarse y llevarse con usted a su cita. Visitará al Dr. Foster para una entrevista de 60-90 minutos y completará una variedad de instrumentos de pruebas psicológicas (planifique de 3 a 4 horas). Se redactará un informe dentro de las 4 semanas de su cita. Su equipo de cirugía bariátrica le ayudará a implementar las recomendaciones proporcionadas como resultado de su evaluación psicológica. Tenga en cuenta que se le puede pedir que implemente las recomendaciones o que generalice un cambio de estilo de vida recién aprendido por un período de tiempo antes de calificar para la cirugía. Esto podría retrasar su día de cirugía. La facturación puede ocurrir en dos encuentros separados, espere recibir la declaración para la fecha inicial de la entrevista y luego el tiempo de evaluación / evaluación / redacción del informe psicológico que será una fecha diferente a la que se reunió con el psicólogo.

Componentes de la evaluación psicológica prebariátrica (esta lista no es exhaustiva):

- Evaluación psicológica general.
- Historial y diagnóstico de salud mental.
- Patrones de alimentación y ejercicio, peso e historial dietético.
- Historia médica y psicológica.
- Examen de estado mental
- Comprender los riesgos y beneficios de la cirugía.
- Evaluaciones de motivación para la cirugía.
- Capacidad para seguir instrucciones preoperatorias y realizar cambios de comportamiento postoperatorios.
- Historial médico y de obesidad familiar.

¡Felicitaciones por dar este primer paso para ser más saludable!

Dra. Elaine Foster, Ph.D., ABPP



## Elaine Foster, Ph.D., ABPP

2488 Calle de Guadalupe #594, Mesilla, NM 88046-0594 • (575) 323-0341 Fax: (575) 252-6132

### Cuestionario de Evaluación Psicológica para Cirugía Bariátrica

---

**¡POR FAVOR, UTILICE PLUMA!**

Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### **DATOS PERSONALES**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre del Cirujano: \_\_\_\_\_ Fecha planeada de la cirugía: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de cirugía bariátrica a la que planea someterse:

Banda Gástrica Ajustable  Banda Gástrica  Bypass Gástrico  Manga Gástrica

# de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Se puede dejar mensajes o textos en su telefono? Si\_\_ No \_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Número de matrimonios \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

#### **Información acerca del cónyuge/pareja:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Años de escolaridad completados \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ Número de matrimonios \_\_\_\_\_

---

**Otros en el Hogar:**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

**HISTORIAL EDUCATIVO**

Años de escolaridad completados: \_\_\_\_\_

¿Usted tuvo problemas de aprendizaje en la escuela?     Sí     No

¿Cursó educación especial?                             Sí     No

¿A usted le gusta/gustaba la escuela?             Sí     No

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Usted fue a la universidad o a un programa de educación técnica o superior? Por favor enliste las principales escuelas/programas a los que asistió y los títulos o certificados que obtuvo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EMPLEO**

¿Actualmente tiene empleo?

Sí     No     Jubilado     Discapacitado     Incapaz de encontrar trabajo

Tipo de empleo: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Lo que más le gusta de su trabajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lo que menos le gusta de su trabajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## HISTORIA SOCIAL

¿En qué ciudad o ciudades creció? \_\_\_\_\_

¿Su infancia fue agradable o difícil? Por favor, explique brevemente: \_\_\_\_\_

Indique los nombres y las edades de sus hermanos y hermanas:

---

---

---

¿Cómo es su relación actual con sus hermanos?

---

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

---

---

## INFORMACION SOBRE LA CIRUGÍA

¿Usted cree que sabe lo suficiente acerca de su cirugía para tomar una decisión informada?  Sí  No

¿Le fue provista información acerca del procedimiento?  Sí  No

En caso de que sí ¿Cuál fue y cuando fue provista? \_\_\_\_\_

¿Se ha sometido a cirugías para la ayuda en pérdida de peso?  Sí  No

¿A que tipo de cirugía planea someterse?  Manga  Lapband  Bypass gástrico

¿Está familiarizado con los riesgos/beneficios de cada tipo de cirugía bariátrica?  Sí  No

¿Conoce a alguien que se haya sometido a una cirugía bariátrica?  Sí  No

En caso de que sí ¿A quién? \_\_\_\_\_

En una escala de uno a diez, donde diez es lo máximo, ¿cuál es su nivel de ansiedad acerca de someterse a una cirugía de dolor?  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

¿Tiene una buena red de apoyo con sus amigos?  Sí  No

¿Se siente emocionalmente apoyado por sus familiares?  Sí  No

¿Tiene creencias espirituales que son útiles cuando se estresa, cuando se siente mal o cuando enfrenta un problema?  Sí  No

¿Ha hablado con su cónyuge/pareja, hijos adultos, y/o amigos cercanos acerca de sus planes de hacerse una cirugía para el dolor?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cómo han reaccionado? \_\_\_\_\_

---

---

---

## VIDA SOCIAL/EMOCIONAL

En una escala del 1 al 5 (siendo 1 el menos feliz y 5 el más feliz) circule sus respuestas a las siguientes preguntas:

¿Está contento con su actual matrimonio/relación?	1	2	3	4	5	N/A
¿Está contento con su trabajo actual?	1	2	3	4	5	N/A
¿Cómo calificaría su nivel de satisfacción general con usted mismo?	1	2	3	4	5	

¿Razones por las que no está satisfecho con usted mismo?

---

---

## HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Por favor marque los siguientes problemas que ha tenido a lo largo de su vida:

Depresión    Ansiedad    Alucinaciones    Episodios maníacos  
 Abuso físico en la infancia    Abuso sexual infantil    Negligencia infantil  
 Maltrato conyugal    Ataque sexual siendo adulto    Abuso físico/Ataques siendo adulto  
 Intento de suicidio (si la respuesta es sí, por favor descríbala):

---

---

Otras experiencias traumáticas. Describa: \_\_\_\_\_

---

---

¿Alguna vez usted ha tomado terapia con un consejero?    Sí    No

Si la respuesta es sí: Cuando \_\_\_\_\_ con quien \_\_\_\_\_

¿La terapia le ha sido útil?    Sí    No

### **Circule las siguientes palabras que apliquen a usted:**

Sin valor inútil un "don nadie" "una vida hueca" inadecuado estúpido incompetente ingenuo  
"no puedo hacer nada bien" culpable mal moralmente equivocado pensamientos horribles hostil  
lleno de odio ansioso agitado cobarde retraído temeroso agresivo feo deforme poco atractivo y repulsivo  
deprimido solitario rechazado incomprensido aburrido inquieto confundido inseguro en conflicto lleno  
de remordimientos valgo la pena simpático inteligente atractivo seguro atento amable aislado pesadillas  
se siente tenso tímido agotado temeroso problemas de memoria problemas sexuales tenso.

Si tuviera tres deseos el día de hoy, ¿cuáles serían?

---

---

---

## HISTORIAL MÉDICO

### NEUROLÓGICO

	PRESENTE	PASADO	PADRES
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones/ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

### ADICCIONES

Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cafeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema dental/bucal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

### PULMONAR/PULMONES

Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

### DIGESTIVO (GI)

Estómago/úlcera duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea o vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida y/o aumento de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticulosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

### REPRODUCTIVAS

Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema prostático (hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema ginecológico (mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

### ENFERMEDADES

#### CARDIOVASCULARES

	PRESENTE	PASADO	PADRES
Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis (endurecimiento de arterias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latidos cardíacos irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

#### OJOS/OÍDOS/NARIZ/GARGANTA

Infección del ojo o del párpado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sordera o disminución auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragias nasales frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faringitis estreptocócica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### INSUFICIENCIA RENAL

Mal renal o de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

#### METABÓLICO/ENDOCRINO

Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Tipo I)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Tipo II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			
Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### HEMATOLÓGICAS

Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### SISTEMA INMUNOLÓGICO

Alergias alimentarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alergias, excluyendo oído/nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor(es) canceroso(s) o benigno(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

**TRASTORNOS  
MUSCULO-ESQUELÉTICOS**

	PRESENTE	PASADO	PADRES
Artritis/Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

**PIEL/DERMATOLÓGICAS**

Ecceema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**INFECCIONES**

Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión/rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			
Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herida(s) abierta(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____			

**HÁBITOS ACTUALES DE SALUD**      **Sí**      **No**

Ejercicio aeróbico diario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueño estable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrategias para afrontar el estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mayoría de las mañanas despierto descansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo a alguien a quien acudir cuando enfrento problemas o penas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médico personal (nombre, teléfono, dirección):

---



---

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Fecha del último análisis de sangre: \_\_\_\_\_

**Por favor enliste todos los medicamentos (incluya los no recetados) y las dosis que usted está tomando actualmente:**

MEDICAMENTOS	DOSIS	MEDICAMENTOS	DOSIS

---

## **Alergias**

¿Tiene alguna alergia a medicamentos?  Sí  No

En caso de dar una respuesta afirmativa, ¿cuáles son las alergias?

---

¿A los alimentos?  Sí  No

En caso dar una respuesta afirmativa, ¿a cuáles alimentos?

---

## **HISTORIAL DE PESO**

¿Cuánto tiempo ha mantenido su peso actual? \_\_\_\_\_

Su peso al nacer \_\_\_\_\_ Su peso a la edad de 18 años \_\_\_\_\_

¿Cuál es el mayor peso al que ha subido? \_\_\_\_\_ ¿Que edad tenía en ese tiempo? \_\_\_\_\_

¿Que factores causaron su problema de peso? Por favor marque todos los que apliquen:

Comer demasiados alimentos  Comer alimentos muy altos en grasa

Atracones de comida (comer hasta hartarse)  Historial familiar de obesidad

Metabolismo lento  Comer muchos bocadillos  Comer alimentos con mucha azúcar

Comer por estrés/aburrimiento/depresión  Problemas emocionales no resueltos

Problemas de salud

Otros (especifique): \_\_\_\_\_

---

## **HISTORIAL DE DIETAS**

¿Ha tomado pastillas dietéticas?  Sí  No

En caso de que si ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Ha usado laxantes para perder peso?  Sí  No

En caso de que si, por favor describa \_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguna vez diuréticos (pastillas diuréticas) para perder peso?  Sí  No

En caso de que si, por favor describa \_\_\_\_\_

---



---

¿Que dietas ha tratado para perder peso? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su más exitoso programa para perder peso? \_\_\_\_\_

¿Cuánto peso perdió y por qué le funcionó? \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de pérdida de peso: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo mantuvo la pérdida de peso? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus comidas favoritas? \_\_\_\_\_

Historial de hospitalizaciones, cirugías y otros procedimientos ambulatorios o con hospitalización

---

---

---

---

---

---

Por favor enumere y analice todos sus padecimientos médicos que no están bien controlados:

---

---

---

## **PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA OBESIDAD**

### **Apnea Obstructiva del Sueño**

¿En qué posición duerme?

Sentado     Acostado sobre la espalda     Acostado de lado     Acostado sobre el estómago?

¿Cuántas almohadas coloca debajo de su cabeza? \_\_\_\_\_

¿Se despierta para recobrar el aliento?     Sí     No

En caso de dar una respuesta afirmativa, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Usted ronca?     Sí     No

¿A veces deja de respirar mientras duerme?     Sí     No

¿Ocasionalmente se duerme mientras está hablando con alguien?     Sí     No

¿Le han hecho alguna vez una evaluación para la apnea del sueño (es decir, un estudio del sueño)?     Sí  No

En caso dar una respuesta afirmativa, ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

---

## **Falta de aliento/pulmonar**

¿Tiene dificultad para respirar cuando hace una actividad física?  Sí  No

¿Durante cuánto tiempo ha estado consciente de ello (sea específico)? \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses.

Cuando sube escaleras, ¿cuántos pasos puede dar antes de notar que tiene dificultad para respirar?

## **Pasos Escalones**

¿Cuándo tiene que parar y descansar? Después de \_\_\_\_\_ Pasos O después de \_\_\_\_\_ Escalones

Otros problemas de salud relacionados con esto

¿A usted se le hinchan los tobillos?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Qué hace para disminuir la hinchazón en los tobillos? \_\_\_\_\_

¿Siente dolor en el pecho?  Sí  No ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Sus padres o hermanos tienen problemas de peso?  Sí  No

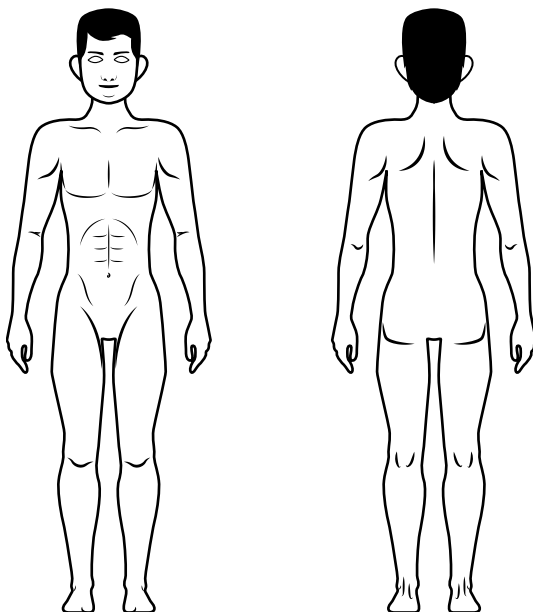
En caso dar una respuesta afirmativa, describa por favor \_\_\_\_\_

¿Padece acidez crónica?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la causa? \_\_\_\_\_

## **ENCUESTA DE DOLOR SI APLICA**

**Indicaciones: En los diagramas que vienen a continuación, por favor marque las áreas donde usted está sintiendo dolor:**



### **TELL US IF YOU HAVE PAIN**

- |    |  |   |
|----|--|---|
| 10 |  | Worst Possible Pain<br>(El peor dolor)    |
| 9  |  | Very Severe Pain<br>(Un dolor muy fuerte) |
| 8  |  | Sever Pain<br>(Un dolor fuerte)           |
| 7  |  | Moderate Pain<br>(Un dolor moderado)      |
| 6  |  | Mild Pain<br>(Un dolor leve)              |
| 5  |  | Mild Pain<br>(Un dolor leve)              |
| 4  |  | Mild Pain<br>(Un dolor leve)              |
| 3  |  | Mild Pain<br>(Un dolor leve)              |
| 2  |  | Mild Pain<br>(Un dolor leve)              |
| 1  |  | Mild Pain<br>(Un dolor leve)              |
| 0  |  | No Pain<br>(Sin dolor)                    |

---

## HISTORIAL DE EJERCICIO:

¿Se ejercita regularmente?  Sí  No Si la respuesta es No ¿Por qué?  
 Dolor en coyunturas  Falta de aliento  No me gusta ejercitarme

Otro (explique): \_\_\_\_\_

## USO/ABUSO DE SUSTANCIAS

### Tabaco

¿Ha utilizado alguna vez productos derivados del tabaco?  Sí  No

¿Qué tipo?  Fuma  No fuma

En caso de dar una respuesta afirmativa, ¿cuántos (cigarrillos, puros, pipas) fuma por día? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo dejó de fumar? \_\_\_\_\_  Yo todavía fumo

### Alcohol

¿Bebe alcohol?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué bebe? \_\_\_\_\_ Cuántos tragos por día? \_\_\_\_\_

### Drogas

¿Toma tranquilizantes?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Necesita somníferos para dormir?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿qué toma? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado drogas recreativas u ofertadas en la calle?  Sí  No

En caso de dar una respuesta afirmativa, ¿cuáles y cuándo las usó? \_\_\_\_\_

¿Cuándo dejó de usarlas? \_\_\_\_\_  Todavía no dejo de usarlas

¿Alguna vez ha tomado más de la dosis prescrita de medicamentos?  Sí  No

¿Se ha vuelto adicto a esto?  Sí  No

En caso de dar una respuesta afirmativa, ¿cuáles y cuándo las toma? \_\_\_\_\_

¿Cuándo dejó de usarlas? \_\_\_\_\_ ¿Todavía las usa? \_\_\_\_\_

### Cafeína

¿Consume cafeína (por ejemplo, café, sodas, bebidas energéticas)?  Sí  No

Describe el tipo de bebidas y su consumo por día \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sentido que debe reducir su consumo de alcohol?  Sí  No

¿Se ha molestado con alguien porque le dijo que disminuya su consumo de alcohol?  Sí  No

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber o usar drogas?  Sí  No

¿Se despierta en la mañana deseando una bebida alcohólica?  Sí  No

¿Alguna vez alguien lo ha criticado o le ha dicho que usted tiene un problema con las apuestas?  Sí  No

¿Alguna vez ha tenido que mentirle a sus familiares, amigos o terapeutas acerca de apostar?  Sí  No

---

## CUESTIONARIO DE BIENESTAR

Instrucciones: Por favor encierre en un círculo  
cualquiera de las siguientes opciones que aplican a su caso:

Visión borrosa Boca seca Salivación excesiva Dificultad para tragar Mareos Problemas de memoria  
Inquietud Demasiado feliz Hipersensibles a la crítica Vivo peligrosamente (gasto, apuesto,  
conduzco a gran velocidad) Impulsivo Pensamientos incesantes Ve o escucho cosas que no  
existen Estreñimiento Diarrea Híper-sensible Dificultad para respirar Pensamientos extraños  
Pensamientos violentos Dificultad para dormir Problemas para permanecer dormido Despertar  
muy temprano Pesadillas inquietantes a menudo Sueños muy reales

Aunque nosotros le pediremos que le saque una copia a su tarjeta de seguro, le agradeceremos que llene el siguiente formulario:

### ASEGURADORA PRINCIPAL

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

# Póliza \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_

Dirección de reclamaciones de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ #Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección, números de teléfono y el lugar de empleo de los asegurados (si es diferente a la proporcionada en la primera página):

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo \_\_\_\_\_

### COMPAÑÍA ADICIONAL DE SEGURO

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

# Póliza \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_

Dirección de reclamaciones de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ #Seguro Social \_\_\_\_\_

---

Dirección, números de teléfono y el lugar de empleo de los asegurados (si es diferente a la proporcionada en la primera página):

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA:** Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole necesaria para procesar las reclamaciones del seguro:  Sí  No

Autorizo el pago de prestaciones médicas por los servicios proporcionados:  Sí  No

FIRMADO POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Yo comprendo que el cirujano que realizará la cirugía y/o mi compañía de seguros que tomará la determinación final sobre la aprobación para que yo me someta a la cirugía utilizará los resultados de esta evaluación psicológica. También entiendo que el psicólogo que realiza la evaluación no es la persona que toma la decisión final acerca de si se me ha dado la aprobación, sino que está haciendo recomendaciones para el cirujano y la compañía de seguros a través de su informe.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma/Divulgar**

Autorizo al psicólogo que hace la evaluación para que pueda contactar a Mi CONSEJERO de salud mental, \_\_\_\_\_, para lo/la consulte sobre esta evaluación psicológica para mi cirugía.  Sí  No  No aplica

Autorizo al psicólogo que hace la evaluación para que pueda compartir mi evaluación psicológica sobre la cirugía con \_\_\_\_\_, MI CIRUGANO.  Sí  No

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_