



*“Providing Tools and Enhancing Skills  
To Improve Your Nutritional Health”*

## AM Nutrition Services

### Evaluación Nutricional Pre-Op Bariátrica

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Referido por: \_\_\_\_\_ Procedimiento: Bypass Sleeve LapBand

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ultimo año de la escuela asistida: 8 9 10 11 12 Colegio / Grado Avanzado

### Antropometría

Peso presente: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

¿Cuánto peso quiere perder? \_\_\_\_\_ Peso ideal: \_\_\_\_\_ Peso hace 1 año: \_\_\_\_\_

### Historia Social

Elija uno: Casado(a) Solo(a) Asociado

¿Quién es su apoyo primario? \_\_\_\_\_

¿Apoyan de usted tener esta cirugía?: Sí No

¿Vive solo(a)? Sí No, con: \_\_\_\_\_

¿Usted hace la comida / va de compras? Sí No, hecho por \_\_\_\_\_

Historia familiar de sobrepeso / obesidad? Sí, quién: \_\_\_\_\_ No

Sólo Mujeres: # de embarazos \_\_\_\_ # de nacidos: \_\_\_\_ Aumento de peso promedio: \_\_\_\_

Sí No (Mujeres)

¿Ha sido diagnosticada con PCOS? (síndrome de ovario poli-quístico)

Nombre: \_\_\_\_\_

- | Sí                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consume bebidas alcohólicas? Estimación de onzas por semana: _____           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sabe que alcohol después de la cirugía es sumamente desanimado?              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? ¿Cuántos por día? ____ Año que dejo: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Fuma marihuana?  |

### Historia de su Dieta

¿Cuántas comidas por semana come fuera de la casa, que no prepara UD.? \_\_\_\_\_

Nombre dos lugares en los que tienen más probabilidades de comer fuera o para llevar:

\_\_\_\_\_

¿Cuál de los siguientes métodos de pérdida de peso han intentado?

- \_\_\_\_\_ Weight Watchers, Jenny Craig, etc.      \_\_\_\_\_ Overeaters Anonymous, TOPS, etc.  
\_\_\_\_\_ High Protein, Atkins, etc.      \_\_\_\_\_ Contando calorías/grasa/carbohidratos  
\_\_\_\_\_ Ayunando      \_\_\_\_\_ Anfetaminas      \_\_\_\_\_ HCG      \_\_\_\_\_ Phen      \_\_\_\_\_ KETO-Diet  
\_\_\_\_\_ Laxantes      \_\_\_\_\_ Diuréticos      \_\_\_\_\_ Meridia      \_\_\_\_\_ Xenical      Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál método fue más exitoso? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto peso perdió? \_\_\_\_\_

¿A Qué peso llegó? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo manteni6 ese peso? \_\_\_\_\_

- | Sí                       | No                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido períodos de comer incontrolable (juergas)?     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha sentido auto-odio, vergüenza o culpa después de comer demasiado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez se hace vomitar o usa laxantes después de una juerga?    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha recibido el apoyo psicol6gico para temas de comer?    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha mantenido un diario de comidas / bebidas?             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está dispuesto a mantener un diario de alimentos / bebidas?         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sabe usted la diferencia entre el hambre y la sed?                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sabe cuando está lleno(a)?  |

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Come en las siguientes circunstancias? (Marque todas las que apliquen)

Tristeza      Vergüenza      Felicidad      Aburrimiento      Ansiedad

Frustración      Enojado      Depresión      Celebración      Venganza

En la cama      En el carro      En frente de la TV /computadora/Teléfono móvil

### Historia Ejercicio

Sí      No

           ¿Hace ejercicio tres veces por semana o más?

Liste las actividades: \_\_\_\_\_

Si no, ¿qué le gusta hacer? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día pasa viendo la televisión / uso de la computadora? \_\_\_\_\_

           ¿Está comprometido(a) a incorporar la actividad física en un programa de bajar de peso, termo larga?

### Información General

Educación bariátrica previa? Circule uno: Sí No En caso afirmativo, ¿Dónde / con quien:

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna(s) pregunta(s) relacionada(s) con la nutrición que le gustaría dirigir a su nutrióloga en este momento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su motivación para someterse a una cirugía bariátrica? ¿Se relaciona con alguna afición o intereses?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*¡Gracias por tomar el tiempo de completar su evaluación!*