



## Historial Médico

Por favor, enumere sus problemas / procedimientos médicos o quirúrgicos activos y resueltos.

Problema médico o quirúrgico	Fecha aproximada de inicio	Activo o Resuelto

Por favor, enumere sus medicamentos y suplementos actuales

Medicamento	Dosis	Frecuencia

¿Usted bebe alcohol?  Sí  No

*Si usted bebe, ¿con qué frecuencia bebe?*

Menos de 1 o 2 bebidas al día  1 o 2 bebidas al día  Más de 2 bebidas al día

¿Usted fuma?  Sí  No

*Si usted fuma, ¿cuánto fuma?*

Menos de 1 cajetilla al día  1 o 2 cajetillas al día  Más de 2 cajetillas al día

¿Por cuánto tiempo ha fumado? \_\_\_\_\_

¿Usted toma bebidas cafeinadas?  Sí  No

*Si usted toma bebidas cafeinadas, ¿con qué frecuencia las toma?*

Menos de 1 o 2 bebidas al día  1 o 2 al día  Más de 2 al día

## Control de Peso

¿Cuánto pesaba a la edad de 18 años? \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesaba hace 1 año aproximadamente? \_\_\_\_\_

¿Ha intentado perder peso en el pasado?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor complete los 3 intentos más recientes:

¿Qué métodos de pérdida de peso (incluyendo planes de dieta, medicamentos y cirugía)?	¿Cuánto peso perdió?	¿Por cuánto tiempo mantuvo la pérdida de peso?	¿Algún problema durante el tratamiento?

¿Cuál ha sido el aspecto más desafiante para mantener la pérdida de peso?

**Centro de Control de Peso de Wake Forest Baptist Health.**

**Formulario de admisión para el ejercicio (repetir pruebas médicas y de aptitud física solo para pacientes).**

*Además de este formulario, traiga o use zapatos deportivos o tenis con los que pueda caminar cómodamente (no sandalias / chancletas / tacones) para su evaluación de ejercicio o visita de prueba de aptitud física.*

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

Circule: Repetir Optifast, Repetir Essentials, Prueba de Aptitud Física / Prueba Máxima, Salud Ejecutiva, Programa Selecto.

**Cuestionario de preparación para la actividad física: Preguntas de salud general.**

<b>Por favor, lea atentamente las 7 preguntas a continuación y responda a cada una honestamente: marque SÍ o NO.</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
1. ¿Alguna vez su médico le ha dicho que tiene una condición cardíaca <b>O</b> presión arterial alta? Enumere aquí, cualquier medicamento que esté tomando para su corazón o presión arterial alta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Siente dolor en su pecho al estar en reposo, durante sus actividades diarias de la vida <b>O</b> cuando hace actividad física?		
3. ¿Pierde el equilibrio debido al mareo <b>O</b> ha perdido el conocimiento en los últimos 12 meses? Responda NO si sus mareos están asociados con la hiperventilación (incluyendo el ejercicio vigoroso).		
4. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado(a) con otra condición médica crónica (que no sea una enfermedad cardíaca o presión arterial alta)? <b>Por favor enumere la(s) condición(es) aquí:</b>		
5. ¿Actualmente tiene (o ha tenido en los últimos 12 meses) un problema de huesos, tejidos blandos (músculos, ligamentos o tendones) que pudiera empeorar al volver a estar más activo físicamente? Por favor, responda NO si tuvo algún problema en el pasado, pero no limita su capacidad actual de estar físicamente activo. <b>Por favor enumere la(s) condición(es) aquí:</b>		
6. ¿Alguna vez su médico le ha dicho que solo debe hacer actividad física supervisada por un médico?		

## Cuestionario Internacional de Actividad Física – Versión corta.

A continuación, estamos interesados en conocer los tipos de actividades físicas que las personas realizan como parte de su vida cotidiana. Las preguntas indagarán sobre el tiempo que estuvo físicamente activo en los **últimos 7 días**. Por favor, responda cada pregunta, aunque usted mismo(a) no se considere una persona activa. Por favor, piense en las actividades que realiza en el trabajo, como parte de su trabajo en la casa y en el jardín, para ir de un lugar a otro y en su tiempo libre de recreación, ejercicio o deporte.

Piense en todas las actividades **vigorosas** que realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades físicas **vigorosas** se refieren a actividades que requieren un esfuerzo físico intenso y le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal. Piense solo en las actividades físicas que realizó durante al menos 10 minutos a la vez.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿cuántos días realizó actividades físicas **vigorosas**, como levantar objetos pesados, escavar, hacer aeróbicos o ciclismo rápido?

\_\_\_\_\_ **días por semana**

actividades físicas vigorosas → **Pasar a la pregunta 3**

2. Normalmente, ¿cuánto tiempo pasó haciendo actividades físicas **vigorosas** en uno de esos días?

\_\_\_\_\_ **horas por día**

\_\_\_\_\_ **minutos por día**

No sé / No estoy seguro(a)

Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** se refieren a actividades que requieren un esfuerzo físico moderado y le hacen respirar un poco más fuerte de lo normal. Piense solo en las actividades físicas que realizó durante al menos 10 minutos a la vez.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿cuántos días realizó actividades físicas **moderadas**, como cargar objetos ligeros, montar bicicleta a un ritmo regular o tenis en pareja? No incluya caminar.

\_\_\_\_\_ **días por semana**

actividades físicas moderadas → **Pasar a la pregunta 5**

Normalmente, ¿cuánto tiempo pasaba haciendo actividades físicas **moderadas** en uno de esos días?

\_\_\_\_\_ **horas por día**

\_\_\_\_\_ **minutos por día**

No sé / No estoy seguro(a)

Piense en el tiempo que pasó **caminando** durante los **últimos 7 días**. Esto incluye en el trabajo y en la casa, caminar para ir de un lugar a otro, y cualquier otra caminata que pueda hacer únicamente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

4. Durante los **últimos 7 días**, ¿cuántos días **caminó** durante al menos 10 minutos a la vez?

**días por semana**

caminando →

**Pasar a la pregunta 7**

5. ¿Cuánto tiempo pasaba usualmente **caminando** en uno de esos días?

\_\_\_\_\_ **horas por día**

\_\_\_\_\_ **minutos por día**

No sé / No estoy seguro(a)

La última pregunta es sobre el tiempo que pasó **sentado(a)** entre semana durante los **últimos 7 días**. Incluya el tiempo que pasó en el trabajo, en casa, mientras hacía trabajos escolares y durante el tiempo libre. Esto puede incluir el tiempo que pasó sentado(a) en un escritorio, visitando amigos, leyendo o sentado(a) o acostado(a) mirando la televisión.

6. ¿Durante los **últimos 7 días**, ¿cuánto tiempo pasó **sentado(a)** en un **día entre semana**?

\_\_\_\_\_ **horas por día**

\_\_\_\_\_ **minutos por día**

No sé / No estoy seguro(a)

**Cuestionario General**

1. ¿Cuál es su ocupación actual? \_\_\_\_\_  
a. ¿Requiere estar sentado(a) largos períodos de tiempo? \_\_\_ Sí \_\_\_ No  
b. ¿Requiere largos períodos de movimientos repetitivos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor describa: \_\_\_\_\_

2. ¿Participa en deportes recreativos activos (golf, tenis, esquiar, etc.)? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor describa:

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

3. ¿Participa actualmente en un programa de ejercicio regular, como caminar, levantar pesas? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativo, por favor describa, incluyendo lo que hace y dónde realiza estos ejercicios (en la casa o en el gimnasio):

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

4. En promedio, ¿cuántos pasos da en un día?  
\_\_\_\_\_ pasos / día  No sé

# Questionario Psicosocial

**For Office Use Only:**

Date: \_\_\_\_\_

Medical Record

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

¿Ha experimentado algún cambio en su apetito en las últimas 4 semanas? \_\_Sí \_\_No

En caso afirmativo, por favor circule: Incrementó (o) Disminuyó

Por favor, califique el nivel de factores de estrés en su vida:

0-Nada estresante , 1-Estrés leve, 2-Estrés moderado, 3-Estrés extremo

Trabajo:\_\_\_ Familia: \_\_\_ Finanzas:\_\_\_ Comunidad:\_\_\_

¿Tiene una relación cercana con miembros de la familia inmediata y extendida? \_\_Sí \_\_No \_\_Más o menos

¿Tiene amigos cercanos con los que siente que puede confiar abiertamente? \_\_ Sí \_\_No \_\_Más o menos

Cuando se siente estresado(a) o abrumado(a), ¿cómo afronta esto? ¿Cómo se cuida?

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

Con frecuencia como cuando: (marque todos los que correspondan)

\_\_\_ Me siento deprimido(a) / triste / molesto(a) / dolido(a) \_\_\_ Estoy celebrando

\_\_\_ Me siento enojado(a) / frustrado(a) \_\_\_ Estoy en eventos sociales con amigos / familia

\_\_\_ Me siento estresado(a) / abrumado(a) \_\_\_ Me estoy recompensando

\_\_\_ Estoy aburrido(a)

“A veces la comida sabe tan bien, que como cuando no tengo hambre.” \_\_Sí \_\_No

¿Por qué cree que usted tiene sobrepeso?

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

¿Ha recibido algún asesoramiento o terapia previa? \_\_Sí \_\_No

¿Alguna vez le han diagnosticado con una afección de salud mental? \_\_Sí \_\_No

¿Actualmente está tomando algún medicamento psiquiátrico o lo ha tomado en el pasado? \_\_Sí \_\_No

Medicamentos psiquiátricos que toma actualmente \_\_\_\_\_

Medicamentos psiquiátricos que tomó en el pasado \_\_\_\_\_

¿Alguna hospitalización previa por razones de salud mental? \_\_Sí \_\_No

¿Actualmente consume alcohol o cualquier otra sustancia? \_\_Sí \_\_No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia toma una bebida que contenga alcohol?

\_\_\_ Mensual o menos; \_\_\_ 2 a 4 veces al mes; \_\_\_ 2 a 3 veces a la semana; \_\_\_ 4 o más veces a la semana

¿Alguna vez la vida se ha vuelto tan difícil que sintió que ya no valía la pena vivirla? \_\_Sí \_\_No

¿Ha experimentado sentimientos significativos de culpa, desesperanza o impotencia en las últimas 4 semanas?  
\_\_Sí \_\_No

¿Ha tenido algún problema para dormir en las últimas dos a cuatro semanas? \_\_Sí \_\_No

¿Cómo diría que está su nivel general de energía? \_\_Bajo \_\_ Medio \_\_ Alto

¿Ha tenido algún problema con la concentración o el enfoque? \_\_Sí \_\_No

¿Alguna vez ha comido en exceso al punto de sentirse enfermo(a)? \_\_Sí \_\_No;

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

\_\_\_ Varios días a la semana; \_\_\_ 2 a 4 veces al mes; \_\_\_ 6 a 12 veces al año; \_\_\_ menos de 4 veces al año

¿Alguna vez se ha provocado el vómito usted mismo(a) para aliviar la molestia por haber comido en exceso?  
\_\_Sí \_\_No

¿Alguna vez ha realizado ejercicio excesivo, ha usado laxantes, ha vomitado, ha hecho mal uso de las pastillas de dieta o ha restringido su consumo de calorías de manera extrema con el fin de bajar de peso? \_\_Sí \_\_No

¿Cuáles son sus metas de comportamiento para el programa?

---

---

¿Hay algo más que pueda ser importante que debamos saber?

---

---

**For Office Use Only:**

Behavioral

Recommendations/Treatment Plan:

---

---

## **Consumo de alimentos**

Mantener un registro de alimentos durante 2 días nos ayudará a conocer su estilo de alimentación actual y a diseñar un plan de alimentación para usted. Siga estas pautas importantes para mantener un registro preciso de alimentos durante 2 días:

- Incluya la fecha y el día de la semana.
- Escriba todo lo que coma y beba durante todo el día.
- Documente la hora y el lugar de cada comida o merienda.
- Incluya el tamaño de las porciones o cantidades de las comidas y bebidas. La manera más precisa de incluir las cantidades es medirlas.

Diario de alimentos-Día 1

Nombre:

Fecha:

Día de la semana:

Hora	Lugar	Tipo de alimento o bebida y cantidad consumida

Diario de alimentos-Día 2

Fecha:

Día de la semana:

Hora	Lugar	Tipo de alimento o bebida y cantidad consumida