

CUESTIONARIO DE SALUD HDI - CIRUGÍA BARIÁTRICA

Se solicita que el diligenciamiento del cuestionario, sea por el Cirujano tratante

Nombre:	Documento:	Edad:	Peso: (en Kg)	Talla: (en cms)
1. Peso previo a la Cirugía:				
2. Fecha y tipo de Cirugía:		BANDA GÁSTRICA	<input type="checkbox"/>	BYPASS GÁSTRICO
Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		MANGA O SLEEVE GÁSTRICO	<input type="checkbox"/>	OTRO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se presento alguna Complicación durante o después del Procedimiento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál?				
4. Procedimientos Estéticos Asociados Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál?				
5. Presento Alteraciones en las Enzimas Hepáticas en el POP? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál?				
6. Comorbilidades Diagnosticas previas a la Cirugía		HTA	<input type="checkbox"/>	HÍGADO GRASO
		DM TIPO 2	<input type="checkbox"/>	CARDIOPATIA
		DISLIPIDEMIA	<input type="checkbox"/>	PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR
7. Incluya cualquier información adicional relevante respecto al antecedente objeto de este cuestionario				
LUGAR Y FECHA			FIRMA Y REGISTRO MEDICO	
Día			Mes	
Año				