

## CUESTIONARIO 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: <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 15%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">Año</td> <td style="width: 20%;"><b>BANDA GÁSTRICA</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;"><b>BYPASS GÁSTRICO</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><b>MANGA O SLEEVE GÁSTRICO</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><b>OTRO</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					Día	Mes	Año	<b>BANDA GÁSTRICA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>BYPASS GÁSTRICO</b>	<input type="checkbox"/>				<b>MANGA O SLEEVE GÁSTRICO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>OTRO</b>	<input type="checkbox"/>
Día	Mes	Año	<b>BANDA GÁSTRICA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>BYPASS GÁSTRICO</b>	<input type="checkbox"/>												
			<b>MANGA O SLEEVE GÁSTRICO</b>	<input type="checkbox"/>	<b>OTRO</b>	<input type="checkbox"/>												
3. ¿Se presentó alguna complicación durante o después del procedimiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?																		
4. Procedimientos estéticos asociados Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?																		
5. ¿Presentó alteraciones en las enzimas hepáticas en el POP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?																		
6. Comorbilidades diagnósticas previas a la cirugía <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>HTA</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%;"><b>HÍGADO GRASO CARDIOPATÍA</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>DM TIPO 2</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td><b>PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><b>DISLIPIDEMIA</b></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					<b>HTA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>HÍGADO GRASO CARDIOPATÍA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>DM TIPO 2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR</b>	<input type="checkbox"/>	<b>DISLIPIDEMIA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>HTA</b>	<input type="checkbox"/>	<b>HÍGADO GRASO CARDIOPATÍA</b>	<input type="checkbox"/>															
<b>DM TIPO 2</b>	<input type="checkbox"/>	<b>PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR</b>	<input type="checkbox"/>															
<b>DISLIPIDEMIA</b>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>															
7. Incluya cualquier información adicional relevante respecto al antecedente objeto de este cuestionario																		
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>LUGAR Y FECHA</b>   <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span></span> <span style="text-align: center;">Día</span> <span style="text-align: center;">Mes</span> <span style="text-align: center;">Año</span> </div> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; text-align: center;"> <b>FIRMA Y REGISTRO MÉDICO</b> </td> </tr> </table>					<b>LUGAR Y FECHA</b>  <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span></span> <span style="text-align: center;">Día</span> <span style="text-align: center;">Mes</span> <span style="text-align: center;">Año</span> </div>	<b>FIRMA Y REGISTRO MÉDICO</b>												
<b>LUGAR Y FECHA</b>  <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span></span> <span style="text-align: center;">Día</span> <span style="text-align: center;">Mes</span> <span style="text-align: center;">Año</span> </div>	<b>FIRMA Y REGISTRO MÉDICO</b>																	