

# Visita para el control del peso para usted/su hijo – Qué esperar, qué preguntar



superior  
healthplan™

Su nombre: \_\_\_\_\_ Su parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna inquietud concreta de la que quiera hablar hoy?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Se ha producido algún cambio importante en su familia últimamente?

- Ninguno  Traslado  Cambio de trabajo  Separación  Divorcio  Fallecimiento de un familiar  
 Nueva mascota  Otro? Describir: \_\_\_\_\_

Información general de salud. Desde su última visita:	Si	No	No estoy seguro/a
¿Ha tenido usted (o su hijo) alguna enfermedad importante y/o alguna hospitalización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha desarrollado usted o alguien de su familia (o algún familiar de su hijo) algún problema médico nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha habido algún cambio reciente en los medicamentos que toma usted (o su hijo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está usted (o su hijo) al día en el calendario de vacunaciones (incluyendo las vacunas contra la gripe y la pulmonía)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha sido atendido usted o su hijo en la sala de emergencias o ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses por problemas relacionados con el control del peso?

- No  Sí, 1-2 veces  Sí, 3-4 veces  Sí, 5-6 veces  Sí, más de 6 veces

Do you or your child currently include any of the following in your daily diet?

- Pescado  Pollo  Verduras de hoja verde  Queso/leche descremada  Fruta fresca  Verduras  Fruta

¿Su índice de masa corporal (o la de su hijo) es superior a 30?  No  Sí  No lo sé

En los últimos 3 meses, ¿ha hablado con su doctor (o el de su hijo) o con el proveedor de atención médica acerca de cualquiera de los siguientes síntomas?  Dolores fuertes de cabeza  Confusión  Dolor de pecho

- Visión borrosa  Náuseas y vómitos  Palpitaciones en el pecho, cuello  Sensación de cansancio  
 Mareos

¿Ha recibido remisiones a otro médico, pruebas, resultados de pruebas y/o cualquier otra atención requerida con prontitud?

- No  Sí

¿Actualmente tiene usted o su hijo alguno de los siguientes síntomas?

- Sed inusual  Micción frecuente  Mareos  Visión borrosa  Infecciones frecuentes  
 Cicatrización lenta  Hambre extrema  Sensación de cansancio  Pérdida de peso inusual

## ¿Le gustaría obtener más información sobre cualquiera de los temas que aparecen a continuación?

Medicina/tratamientos	Síntomas	Promoción de la salud	Nutrición
<ul style="list-style-type: none"> <li>Control/monitorización de la presión arterial</li> <li>Pruebas de laboratorio para controlar/monitorizar el colesterol y el azúcar en la sangre</li> <li>Pérdida de peso</li> <li>Remedios a base de plantas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signos de hipertensión arterial</li> <li>Signos de diabetes</li> <li>Signos de colesterol alto</li> <li>Factores de riesgo para el colesterol alto</li> <li>Factores de riesgo para la hipertensión arterial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dejar de fumar</li> <li>[Línea nacional Quitline: 1-800-QUITNOW (784-8669)]</li> <li>Prevención del colesterol alto</li> <li>Prevención de la hipertensión arterial</li> <li>Prevención de la diabetes</li> <li>Rutina de ejercicios</li> <li>Cuándo llamar al médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dieta saludable</li> <li>Ingesta de calorías</li> <li>Tentempiés saludables</li> <li>Disminuir la ingesta de grasas</li> <li>Control del peso</li> <li>Consumo de alcohol</li> </ul>

Esto no es una herramienta de autodiagnóstico ni un plan de tratamiento. Consulte a su médico y comparta este formulario en su próxima visita.