

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

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