

Encuesta Inicial para Chequeo de Peso de Yuma District Hospital

**(Por favor, complete esta encuesta antes y
asegúrese de tenerla llena a su primera cita)**

Objetivos para bajar de peso:

¿Por qué es importante para usted bajar de peso?

¿Cuántas libras le gustaría bajar?

¿En qué plazo le gustaría usted bajar este peso?

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan importante es para usted bajar de peso?

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan seguro está de poder bajar de peso?

¿Ha considerado usar medicamentos para bajar de peso?

¿Ha considerado hacerse una cirugía para bajar de peso?

Historial de aumento de peso:

¿Tenía sobrepeso en la escuela primaria?

En comparación con hace un año, ¿pesa usted más o menos ahora?

¿Qué factores contribuyeron a que usted llegara al peso que tiene actualmente?

¿Cuál cree que es su mayor obstáculo para bajar de peso?

¿Ha habido algún acontecimiento en su vida que ha contribuido a que usted suba de peso (por ejemplo: pérdida de trabajo, confinamiento por COVID-19, pérdida de un familiar, embarazo, lesión crónica)?

¿Qué métodos ha utilizado usted antes para bajar de peso?

¿Qué tan exitosos han sido sus intentos anteriores para bajar de peso?

¿Ha usado medicamentos anteriormente para bajar de peso? Si es así, ¿cuáles?

¿Ha participado alguna vez en programas de ejercicio? Si es así, ¿Qué tipo?

Preguntas sobre su estilo de vida:

¿Cuántas horas suele dormir por noche?

¿Cuánto tiempo tarda en quedarse dormido?

En las noches que no puede conciliar el sueño, ¿qué le mantiene despierto?

¿Cuántas horas pasa frente a una pantalla al día? ¿Cuántas horas en el trabajo? ¿Cuántas horas en su tiempo libre?

¿Qué tan estresado se siente con la vida en una escala del 1 al 10 en este momento?

En una escala del 1 al 10, ¿cuánta energía siente a diario?

¿Quién cocina en su casa?

Información dietética:

¿Que come en un día ordinario (desayuno, almuerzo, cena, snacks, etc.)?

¿Le interesa cambiar su alimentación?

¿Actualmente usted se rige a una dieta específica?

¿Cuántas veces a la semana suele comer fuera de casa, en restaurantes o en restaurantes de comida rápida?

¿Qué porcentaje de los alimentos que usted consume se consideran saludables?

¿Qué porcentaje de sus comidas tienen porciones normales?

¿Qué suele beber a lo largo del día y con las comidas?

¿Usted suele comer cuando está triste o ansioso?

Movimiento:

¿Qué palabra describiría mejor su nivel actual de actividad física?

¿Le interesa tener una vida con más actividad física?

¿Disfruta de la actividad física?

¿Qué actividades físicas realiza en una semana normal?

¿Existe algún obstáculo en su vida para ser más activo físicamente?