

Weight Loss History & Evaluation Form

INFORMACION PERSONAL

- ❖ Peso Actual _____ Estatura _____ Peso Ideal/Peso Deseado _____
- ❖Cuál es la razón principal por la que quiere bajar de peso? _____
- ❖ En cuánto tiempo desea llegar al peso deseado? _____
- ❖ Por cuánto tiempo ha batallado con su peso? _____
 Aumento de peso reciente _____ Batalla de por vida _____
- ❖ Qué otras dietas o programas ha tratado?
 Dietas _____ Atkins _____ South Beach _____ Otro _____
 Programas de dieta _____ Jenny Craig _____ Weight Watchers _____ Otro _____
 Medicamentos _____ Meridia _____ Xenical _____ Alli _____ Phentermine _____ Otro _____
- ❖ Alguno de estos le dio resultado? Si No
- ❖ Está su pareja sobrepeso? Si No

HABITOS DE COMIDA

- ❖ Con qué frecuencia come usted afuera? _____
- ❖ Qué establecimientos de comida acostumbra frecuentar? _____
- ❖ Quién planea las comidas? _____ Cocina? _____ Va de compras? _____
- ❖ Usa una lista cuando va a al mercado? Si No
- ❖ Qué comidas se le antoja? _____ Se le antojan estas comidas en un momento del día o del mes específico? Si es así, cuándo se le antojan? _____
- ❖ Qué comidas no le gustan? _____
- ❖ Describa lo que come en un día

Desayuno	Almuerzo	Cena	Snacks

- ❖ Toma usted:
 Café o té Si No Cuánto al día? _____
 Sodas Si No Cuánto al día? _____
 Alcohol Si No Cuánto al día? _____
- ❖ Se despierta en la noche a comer? Si No
- ❖ Cuáles son sus peores hábitos de comida? _____

EJERCICIO

- ❖ Hace usted ejercicio o participa en algún tipo de actividad física? Si No
- ❖ Qué hace?
 Camina Corre Natación Aeróbicos Pesas Deportes _____
- ❖ Cuántas veces a la semana?
 Menos de 3 3-5 Más de 5
- ❖ Por cuánto tiempo?
 Menos de 20 minutos 20-45 minutos Más de 45 minutos

ESTILO DE VIDA / PSYCHO-SOCIAL

- ❖ Acostumbra a comer más cuando está pasando por momentos difíciles? Si No
- ❖ Está pasando por alguna situación difícil o estresante en el momento? Si No
- ❖ Usted fuma? Sí No Cuántos cigarrillos diarios? _____
- ❖ Trabaja fuera de la casa? Sí No Cuántas horas a la semana? _____
- ❖ Trabaja de noche? Sí No
- ❖ Su trabajo es estresante? Si No
- ❖ Ha estado experimentando depresión o ansiedad? Si No
- ❖ Ha sido tratado para depresión o ansiedad? Si No

COMPROMISO

El bajar de peso requiere un compromiso a largo plazo hacia un nuevo estilo de vida. El hacer dietas sin ejercicio es frustrante. Si está interesado en este programa necesita comprometerse a ambas.

Está listo? Si No **Está verdaderamente listo?** Si No

Si su respuesta es sí, felicitaciones!!! Muy pronto comenzara a experimentar una gran satisfacción personal, mental y física. E.S Romanelli, M.D.