



Gracias por confiar en nosotros. Complete este formulario antes de su evaluación. Su información es confidencial y se usa solo para su atención médica. Si una pregunta no aplica, escriba N/A.

Thank you for trusting us. Please complete this form before your evaluation. Your information is confidential and used only for your medical care. If a question does not apply, write N/A.

1. DATOS PERSONALES

Personal information

Nombre(s)

First name

Apellido(s)

Last name

Fecha de nacimiento

Date of birth

Sexo asignado al nacer

Sex assigned at birth

Teléfono celular

Cell phone

Correo electrónico

Email

Dirección de envío (para su medicamento) / Shipping address (for your medication)

Código postal / ZIP code

Idioma preferido / Preferred language

Contacto de emergencia (nombre y teléfono) / Emergency contact (name & phone)

Médico de cabecera (nombre y teléfono) / Primary care provider (name & phone)

Farmacia preferida / Preferred pharmacy

¿Cómo prefiere que le contactemos? / How do you prefer to be contacted?

☐ Llamada

Phone call

☐ Mensaje de texto (SMS)

Text message

☐ WhatsApp

WhatsApp

☐ Correo electrónico

Email

2. IDENTIDAD Y UBICACIÓN

Identity and location

☐ Tengo 18 años o más.

I am 18 years of age or older.

☐ Presentaré una identificación con foto vigente.

I will present a valid photo ID.

☐ Estaré físicamente en Florida en cada consulta.

I will be physically in Florida at each visit.

☐ La información de este formulario es mía y es verdadera.

This information is mine and is true.

3. MEDIDAS Y METAS

Measurements and goals

Estatura

Height

Peso actual (lb)

Current weight (lb)

Peso meta (lb)

Goal weight (lb)

Peso más alto (lb)

Highest weight (lb)

Presión arterial (si la sabe)

Blood pressure (if known)

Talla de cintura (opcional)

Waist size (optional)

Peso hace un año (lb)

Weight one year ago (lb)

¿Qué le gustaría lograr con este programa? / What would you like to achieve with this program?



4. HISTORIAL DE PESO

Weight history

¿Qué ha intentado antes? Marque todo lo que aplique. / What have you tried before? Check all that apply.

- | | |
|--|---|
| ☐ Dietas / conteo de calorías
<i>Diets / calorie counting</i> | ☐ Programa de ejercicio
<i>Exercise program</i> |
| ☐ Phentermine u otra pastilla
<i>Phentermine or other pill</i> | ☐ Semaglutida (Ozempic®/Wegovy®)
<i>Semaglutide</i> |
| ☐ Tirzepatida (Mounjaro®/Zepbound®)
<i>Tirzepatide</i> | ☐ Cirugía bariátrica
<i>Bariatric surgery</i> |
| ☐ Nutricionista
<i>Dietitian</i> | ☐ Otro
<i>Other</i> |

Si usó un GLP-1: nombre, dosis más alta y fecha de la última dosis

If you used a GLP-1: name, highest dose, date of last dose

Efectos secundarios que tuvo

Side effects you had

5. CONDICIONES MÉDICAS IMPORTANTES

Important medical conditions

Responda con cuidado. Algunas condiciones hacen que estos medicamentos no sean seguros para usted.

Please answer carefully. Some conditions make these medications unsafe for you.

	Sí/Yes	No	Detalles / Details
¿Usted o algún familiar ha tenido cáncer medular de tiroides (MTC)? <i>Have you or a family member had medullary thyroid cancer (MTC)?</i>	☐	☐	
¿Usted o algún familiar tiene síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN 2)? <i>Do you or a family member have Multiple Endocrine Neoplasia type 2 (MEN 2)?</i>	☐	☐	
¿Ha tenido pancreatitis? <i>Have you ever had pancreatitis?</i>	☐	☐	
¿Ha tenido problemas de vesícula o le quitaron la vesícula? <i>Have you had gallbladder problems or gallbladder removal?</i>	☐	☐	
¿Tiene diabetes tipo 1 o tipo 2? (indique cuál) <i>Do you have type 1 or type 2 diabetes? (specify)</i>	☐	☐	
¿Usa insulina, glipizida, glimepirida u otro medicamento que baje el azúcar? <i>Do you use insulin, glipizide, glimepiride or other glucose-lowering drugs?</i>	☐	☐	
¿Tiene retinopatía diabética u otro problema de la vista por diabetes? <i>Do you have diabetic retinopathy or diabetes-related eye disease?</i>	☐	☐	
¿Tiene enfermedad de los riñones o del hígado? <i>Do you have kidney or liver disease?</i>	☐	☐	
¿Tiene gastroparesia u otra enfermedad grave del estómago o intestinos? <i>Do you have gastroparesis or another severe stomach/intestinal disease?</i>	☐	☐	
¿Tiene enfermedad del corazón, arritmias o presión alta? <i>Do you have heart disease, arrhythmias or high blood pressure?</i>	☐	☐	
¿Tiene enfermedad de la tiroides? <i>Do you have thyroid disease?</i>	☐	☐	
¿Tiene apnea del sueño, hígado graso, colesterol alto o síndrome de ovario poliquístico? <i>Do you have sleep apnea, fatty liver, high cholesterol or PCOS?</i>	☐	☐	



¿Ha sido diagnosticada con depresión, ansiedad u otra condición de salud mental?

Have you been diagnosed with depression, anxiety or another mental health condition?

☐

☐

¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño o de quitarse la vida?

Have you ever had thoughts of harming yourself or ending your life?

☐

☐

¿Tiene una cirugía o procedimiento con anestesia programado?

Do you have a surgery or procedure with anesthesia scheduled?

☐

☐

¿Ha tenido una reacción alérgica a un medicamento GLP-1?

Have you had an allergic reaction to a GLP-1 medication?

☐

☐

6. SALUD DE LA MUJER

Women's health (if applicable)

Sí/Yes

No

¿Está embarazada o cree que podría estarlo?

Are you pregnant or could you be pregnant?

☐

☐

¿Está buscando quedar embarazada en los próximos 6 meses?

Are you planning a pregnancy in the next 6 months?

☐

☐

¿Está lactando?

Are you breastfeeding?

☐

☐

¿Usa pastillas anticonceptivas?

Do you use birth control pills?

☐

☐

Fecha de la última menstruación / First day of last menstrual period

Método anticonceptivo / Contraceptive method

7. MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS Y ALERGIAS

Medications, supplements and allergies

Medicamentos actuales (nombre, dosis y frecuencia) / Current medications (name, dose, frequency)

Vitaminas y suplementos / Vitamins and supplements

Alergias (medicamento y reacción) / Allergies (drug and reaction)

Cirugías y hospitalizaciones previas / Past surgeries and hospitalizations

8. ESTILO DE VIDA

Lifestyle



Actividad física (tipo y días por semana)

Physical activity (type, days/week)

Horas de sueño por noche

Hours of sleep per night

Agua al día (vasos)

Water per day (glasses)

Alcohol (bebidas por semana)

Alcohol (drinks per week)

Tabaco o vape

Tobacco or vape

Otras sustancias

Other substances

Describe un día normal de comidas / Describe a typical day of eating

9. RELACIÓN CON LA COMIDA

Relationship with food

Estas preguntas nos ayudan a cuidarla mejor. No hay respuestas buenas ni malas.

These questions help us care for you better. There are no right or wrong answers.

Sí/Yes No

¿Alguna vez se ha provocado el vómito o ha usado laxantes para controlar su peso?

Have you ever made yourself vomit or used laxatives to control your weight?

☐

☐

¿Siente que pierde el control cuando come, o come grandes cantidades a escondidas?

Do you feel you lose control when eating, or eat large amounts in secret?

☐

☐

¿Ha dejado de comer por días o ha restringido mucho la comida para bajar de peso?

Have you gone days without eating or severely restricted food to lose weight?

☐

☐

¿Le han diagnosticado alguna vez un trastorno de la alimentación?

Have you ever been diagnosed with an eating disorder?

☐

☐

10. CERTIFICACIÓN

Certification

Certifico que la información que di es completa y verdadera según mi conocimiento. Entiendo que dar información falsa o incompleta puede poner en riesgo mi salud. Me comprometo a informar a mi APRN cualquier cambio en mi salud, medicamentos o embarazo.

I certify that the information I provided is complete and true to the best of my knowledge. I understand that false or incomplete information may put my health at risk. I agree to inform my APRN of any change in my health, medications or pregnancy status.



FIRMA

Signature

Al escribir mi nombre completo abajo, firmo este documento electrónicamente y acepto que tiene la misma validez que mi firma escrita.

By typing my full name below, I sign this document electronically and agree it has the same validity as my handwritten signature.

Nombre del paciente (letra de molde) / *Patient name (print)*

Firma del paciente / *Patient signature*

Fecha de nacimiento

Date of birth

Fecha

Date

Representante legal (si aplica)

Legal representative (if any)

Firma del proveedor / *Provider signature*

Fecha / *Date*