

Paciente Cuestionario

1. ¿Te preocupa cómo te ves? Sí No
2. ¿Piensas en tu apariencia todo el tiempo y desearías poder pensar en ello Menos? Sí No
3. Por favor as una lista de las áreas del cuerpo que no le gustan:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
4. ¿Cuántos cirujanos plásticos has visto? _____
5. ¿Ha tenido cirugía plástica antes? _____
6. ¿Estaba satisfecho con su cirugía plástica anterior? _____
7. ¿Su principal preocupación es que usted no es lo suficientemente delgado o que podría engordar demasiado? Sí No
8. ¿Cómo ha afectado este problema con tu vida? _____
¿A menudo estás molesto por cómo te ves? Sí No
9. ¿Ha sido un problema en la forma de hacer cosas con amigos o citas? Sí No
En caso afirmativo, describa: _____
10. ¿Le ha causado algún problema con la escuela o el trabajo? Sí No
En caso afirmativo, describa? _____
11. ¿Hay cosas que evitas por tu aspecto? Sí No
En caso afirmativo, describa? _____
12. En un día promedio, ¿cuánto tiempo sueles dedicar pensando en cómo te ves?
(Agregue todo el tiempo que pase en un día y, a continuación, circule uno.)
 - A. Menos de 1 hora al día.
 - B. 1-3 horas al día
 - C. Más de 3 horas al día.