

Fecha	Apellido y Nombre	Obra Social	N° de Afiliado
Edad	Domicilio	Ocupacion	Lugar de trabajo
Matricula	Médico Cirujano	Institución Sanatorial	
<b>1</b>	<b>INDICE DE MASA CORPORAL</b>	<b>Puntaje de Referencia</b>	<b>Puntaje del caso</b>
<b>1.a</b>	35 a 40	5	
<b>1.b</b>	41 a 50	4	
<b>1.c</b>	51 a 60	3	
<b>1.d</b>	> de 60	<b>Programa Especial</b>	
<b>2</b>	<b>EDAD</b>		
<b>2.a</b>	< de 18	4	
<b>2.b</b>	19 a 30	4	
<b>2.c</b>	31 a 45	5	
<b>2.d</b>	46 a 55	5	
<b>2.e</b>	56 a 65	4	
<b>2.f</b>	> a 65	4	
<b>3</b>	<b>COMORBILIDADES</b>		
<b>3.a</b>	HTA Controlada	3	
<b>3.b</b>	HTA no controlada	1	
<b>3.c</b>	Dislipemia	1	
<b>3.d</b>	Diabetes mellitus controlada	3	
<b>3.e</b>	Diabetes mellitus no controlada	1	
<b>3.f</b>	Arteriopatía Periférica	1	
<b>3.g</b>	Hipoventilación	1	
<b>3.h</b>	Disnea leve	2	
<b>3.i</b>	Patología Osteoarticular Grave	1	
<b>3.j</b>	Sin Patología Osteoarticular	5	
<b>3.k</b>	Alcoholismo	<b>No califica</b>	
<b>3.l</b>	Drogadicción	<b>No califica</b>	
<b>3.m</b>	Tabaquismo	<b>No califica</b>	
<b>3.n</b>	Sin comorbilidades	10	
<b>4</b>	<b>INFORME PSICOLOGICO</b>		
<b>4.a</b>	Apto	5	
<b>4.b</b>	Diferido - En tratamiento	2	
<b>5</b>	<b>SOCIOLABORALES</b>		
<b>5.a</b>	Desocupado	5	
<b>5.b</b>	Con familia a cargo	4	
<b>6</b>	<b>RIESGO QUIRURGICO A.S.A.</b>		
<b>6.a</b>	1	5	
<b>6.b</b>	2	4	
<b>6.c</b>	3	3	

<b>6.d</b>	4	1	
<b>7</b>	<b>CIRUGIAS PREVIAS</b>		
<b>7.a</b>	Ninguna	5	
<b>7.b</b>	Si, con cicatriz supraumbilical	1	
<b>7.c</b>	Si, con cicatriz infraumbilical	3	
<b>8</b>	<b>PERMANENCIA EN EL PROGRAMA</b>		
<b>8.a</b>	Menos de 30 días	0	
<b>8.b</b>	30 a 90 días	2	
<b>8.c</b>	> de 90 días	5	
<b>8.d</b>	Con adherencia al Programa	5	
<b>8.e</b>	Escasa adherencia al Programa	1	
<b>9</b>	<b>CUMPLIMIENTO NUTRICIONAL</b>		
<b>9.a</b>	Pérdida > del 10% del exceso de peso	5	
<b>9.b</b>	Pérdida < del 10% del exceso de peso	3	
<b>9.c</b>	Incumplimiento	0	
<b>10</b>	<b>OTROS FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>10.a</b>	Corregidos	5	
<b>10.b</b>	No corregidos	1	
<b>11</b>	<b>ESTADO ACTUAL</b>		
<b>11.a</b>	Postrado/Dependiente	10	
<b>11.b</b>	Semidependiente	5	
<b>11.c</b>	Autoválido	0	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>			
<b>PUNTAJE PROMEDIADO</b>			
<b>Apto para entrar en programa</b>		<b>Si/No:</b>	

<b>FIRMA Y SELLO DEL MEDICO</b>	<b>Fecha de Ingreso al Programa</b>
---------------------------------	-------------------------------------