

SCORE DE OBESIDAD

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

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

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Fecha de Ingreso al Programa