

Fecha:

1-DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido:..... Documento:

Nº Afiliado: Fec. Nac.: / / Sexo: M F

Domicilio: Localidad: Edad:

Teléfono / Celular: E-Mail:

Fecha de empadronamiento en el Programa Integral de Tratamiento de la Obesidad:

2-PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre y Apellido: Especialidad: Matrícula:

Institución: Domicilio: Localidad:

..... Teléfono:

3-RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Especificar tratamientos previos realizados:

.....

.....

.....

.....

.....

4-DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

a) Examen Físico

Peso: Talla: Tipo de obesidad al momento de la prescripción de la CX

IMC actual: IMC hace 24 meses: II III IV

Adicciones: Tabaco Alcohol Drogas ilícitas V

b) Comorbilidades o Factores de Riesgo asociados

Diabetes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Síndrome de Apnea Obstructiva del sueño (SAOS)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Síndrome de Hipoventilación Obesidad (SHO)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cardiopatía Isquémica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Patología psiquiátrica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
TVP	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
IRC	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Osteoartropatía severa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
IC	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Patología arterial periférica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

5-EVALUACIÓN PRE OPERATORIA: ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA DE ESPECIALISTA

Evaluación por nutricionista Si No Apto para cirugía
 Evaluación psicológica Si No Apto para cirugía

6 - ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

• Hematológico completo:

Leucocitos Hemoglobina Plaquetas
 Glucemia PCR Hba1c
 Creatinina Microalbuminuria

• Ionograma

Na K Cl

• Perfil Lipídico

Colesterol Total HDL LDL Triglicéridos

• Función Hepática

GOT GPT FAL

• Minerales

Calcio Fósforo Hierro Ferritina Magnesio

• Hormonas

T4 TSH Insulinemia

• Radiografía de tórax

Normal Anormal Observaciones:.....

• ECG

Normal Anormal Observaciones:.....

• Ecografía

Abdominal Normal Anormal Observaciones:

Tiroidea Normal Anormal Observaciones:

• Endoscopia Gástrica

Normal Anormal Observaciones:.....

- Biopsia (Helicobacter Pylori) (-)
 (+) Indicar Tratamiento:

Endoscopia Control: (-) (+)

• Espirometría

CVF VEF₁ VEF₂₅₋₇₅

• Gasometría

PaO₂ PaCO₂ pH SaO₂ HCO₃

• Polisomnografía

Resultado:.....

7-TIPO DE CIRUGÍA A REALIZARBanda Gástrica ajustable Gastrectomía en manga Bypass gástrico en Y de Roux **Vía de Abordaje**Laparoscópica Cielo Abierto

Fecha de cirugía:

DDJJ: Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de salud actual de mi paciente. La documentación de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoría médica de la APROSS.

.....
-------	-------

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

ADJUNTAR

- *Resumen de Historia Clínica*
- *Fotocopia de Carnet*
- *Fotocopia de Informe de Estudios que demuestren la patología que padece el/la afiliado/a*

Los datos son obligatorios y su ausencia impide el trámite de empadronamiento