

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:

Fecha de la cirugía bariátrica:

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 antes CX bar.: I II III

Adicciones: Tabaco Alcohol Drogas ilícitas IV 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

• Hormonas

T4 TSH Insulinemia

• Radiografía de tórax

Normal Anormal Observaciones:.....

• ECG

Normal Anormal Observaciones:.....

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