

Formulario de Ingreso.

Programa de Obesidad Mórbida.

La presente planilla tiene caracter de declaración jurada.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido:		
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
N° Afiliado:	Otra Obra Social:	
Edad comienzo obesidad:		
Antecedentes de tratamientos previos (especificar tratamiento y acompañar con documentación):..		
.....		
.....		

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes quirúrgicos:	
Antecedentes obstétricos:	
Antecedentes Clínicos:	
Medición Actual:	
Antecedentes Familiares:	
.....	
.....	

DATOS DEL PACIENTE

Descripción	Presencia	Ausencia	Observaciones
HTA			
Dislipemia			
SDR: Metabólico			
DBT			
SBT. Apnea del Sueño			
ENF: Vascular Periférica			
Enfermedad Renal			
Enfermedad Hepática			
Enfermedad Intestinal			
Litiasis Biliar			
Enfermedad Oncológica			
Enfermedad Osteoarticular			

Formulario de Ingreso.

Programa de Obesidad Mórbida.

La presente planilla tiene caracter de declaración jurada.

Esterilidad/Infertilidad
Disfunción Sexual
Alteraciones Ciclo Menstrual
Incontinencia Orina/Fecal
Estado Salud Bucal, Prótesis, Falta de Piezas Dentarias. Etc.
Tabaquismo
Alcoholismo
Reflujo Gastroesofagico
Enfermedad Cardíaca

EXAMEN CLÍNICO

Generales:

- Ta
- Fc
- Fr
- Peso
- Talla
- Imc
- Circunferencia Abdominal

Cardiovascular:

Respiratorio:

Locomotor:

Abdominal:

