

Formulario

Historia Clínica por Especialidad Obesidad Mórbida.

La presente planilla tiene caracter de declaración jurada.

MÉDICO CLÍNICO			
DATOS DEL PACIENTE			
Nombre y Apellido:			
Edad:		Fecha de Nacimiento:	
Antecedentes Familiares:			
Antecedentes Personales:			
Examen físico completo:			
Signos vitales:			
EXAMEN POR SISTEMAS			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Locomotor			
Digestivo			
COMORBILIDADES			
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			
Esterilidad/Infertilidad			
Disfunción sexual			
Alteraciones ciclo menstrual			
Incontinencia orina/fecal			

Formulario

Historia Clínica por Especialidad Obesidad Mórbida.

La presente planilla tiene caracter de declaración jurada.

Estado Salud Bucal, Prótesis, Falta de Piezas Dentarias, ETC.
Tabaquismo
Alcoholismo
Reflujo Gastroesofagico
Enfermedad cardiaca
Otros
DETERMINACIONES DE LABORATORIO Y MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
Hemograma completo, cuagulograma, glucemia, ptog (Si no tiene diagnóstico de dbt), hb, Glicosilada (si tiene dbt), creatina, ácido úrico, perfil lipídico, función hepática, tog, tgd, ggt, Fal, proteinograma con albuminemia, minerales: calcio, fósforo, hierro, magnesio, vitaminas, Etc., tsh-t4 libre, insulinemia, microalbuminemia, serología hiv, hepatitis b, vdrl, otros.
MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
Rx tórax con informe, ecg y riesgo quirúrgico, ecografía abdominal, ginecológica, tiroidea, Endoscopia digestiva alta con cultivo de h. Pylori, sangre oculta en materia fecal, espirometría, mamografía, eco mamaria (según corresponda), otros: Ergometría, cámara gamma, ecocardiograma, polisomnografía, etc.

Formulario

Historia Clínica por Especialidad Obesidad Mórbida.

La presente planilla tiene caracter de declaración jurada.

NUTRICIONISTA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido:	
Edad:	Fecha de Nacimiento:
Edad de comienzo de obesidad:	
Mediciones antropométricas:	
Hábitos alimentarios:	

ANAMNESIS ALIMENTARIA

Actividades asociadas al comer (mirar tv, comer acostado, etc.).	
Preparación de la comida (a cargo de quién).	
Consumo de alcohol.	
Bebidas que se ingieren.	
Hábitos de alimentación asociados a religión o patrón cultural.	



Formulario

Historia Clínica por Especialidad Obesidad Mórbida.

La presente planilla tiene caracter de declaración jurada.

ANAMNESIS ALIMENTARIA	
Actividades asociadas al comer (mirar tv, comer acostado, etc.).	
Preparación de la comida (a cargo de quién).	
Consumo de alcohol.	
Bebidas que se ingieren.	
Hábitos de alimentación asociados a religión o patrón cultural.	
CARACTERÍSTICAS ALIMENTACIÓN	
Picotear	
Comedor de grandes volúmenes	
Comedor de dulces	
Trastornos por atracones	
Velocidad de ingesta	
ANTECEDENTES	
Mayor peso alcanzado	
Menor peso alcanzado	
Tratamientos realizados	
Posibles fracasos	
Antecedentes familiares de obesidad	
Trastornos de la alimentación	
DESCRIPCIÓN DEL PLAN NUTRICIONAL	
.....	

Formulario

Historia Clínica por Especialidad Obesidad Mórbida.

La presente planilla tiene caracter de declaración jurada.

SALUD MENTAL	
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre y Apellido:	
Edad:	Fecha de Nacimiento:
Historia clínica completa:	
Estabilidad psicológica:	
Abuso de alcohol - drogas:	
Trastorno de la conducta alimentaria:	
Trastorno psiquiátrico:	
Retardo mental:	
El informe deberá evaluar si el paciente comprende mecanismos de descenso de peso, en caso de estar en módulo quirúrgico, evaluar la aptitud del paciente para cirugía, comprensión de fines de la misma, de rieasgos, de conducta a seguir post quirurgica, etc.	
El informe deberá descartar patologías que interfieran negativamente en la cirugía (BDI, beck Depresión inventor, HSCL 90-R, WHOGL, escala de vida, oms versión breve, mini plus en Español, entrevista estructurada según DSM IV, etc.)	



Formulario

Historia Clínica por Especialidad Obesidad Mórbida.

La presente planilla tiene caracter de declaración jurada.

ACTIVIDAD FÍSICA	
DATOS DEL PACIENTE	
Nombre y Apellido:	
Edad:	Fecha de Nacimiento:
Informe estado físico del paciente:	
.....	
.....	
Capacidad funcional:	
.....	
.....	
Descripción del plan de actividad física:	
.....	
.....	