

## Solicitud de Empadronamiento Obesidad

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Medifé N°: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ESTADO CLÍNICO ACTUAL

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_ Circ. Abdominal: \_\_\_\_\_

Fecha de examen: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Laboratorio:** (Indicar valor fecha de estudio según corresponda)

Hemograma \_\_\_\_\_

LDL \_\_\_\_\_

Urea \_\_\_\_\_

Triglicéridos \_\_\_\_\_

Creatinina \_\_\_\_\_

Uricemia \_\_\_\_\_

Ionograma \_\_\_\_\_

TSH \_\_\_\_\_

Glucemia \_\_\_\_\_

T3 \_\_\_\_\_

HbA1c \_\_\_\_\_

T4 libre \_\_\_\_\_

Colesterol total \_\_\_\_\_

Orina completa \_\_\_\_\_

HDL \_\_\_\_\_

## CONMORBILIDADES (Seleccionar e indicar fecha de diagnóstico según corresponda)

HTA: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_

Dislipemia: \_\_\_\_\_ Tabaquismo: \_\_\_\_\_

Apnea: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS / NUTRICIONALES

Firma y sello médico

## Solicitud de Empadronamiento Obesidad

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Medifé N°: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## REGISTRO DE PESO (Último semestre)

Mes / Año	Peso	Mes / Año	Peso
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## MEDICACIÓN ACTUAL

---

---

---

---

---

---

## PLAN DE TRATAMIENTO INDICADO

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Tel. de contacto del médico: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello médico