



## 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