

CARPETA DOCUMENTAL
PARA LA SOLICITUD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

LISTADO DE DOCUMENTOS:

- _____ Modelo de Historia Clínica presente completo y firmado por los médicos tratantes y por el beneficiario.
- _____ Prescripción del procedimiento.
- _____ Copia de estudios diagnósticos de acuerdo con el siguiente cuadro:

ESTUDIO	FECHA DE REALIZACIÓN
LABORATORIO	_____
VEDA/FEDA	_____
BIOPSIA GÁSTRICA	_____
ECOGRAFÍA ABDOMINAL	_____
RX DE TÓRAX	_____
ECOCARDIOGRAMA	_____
ESPIROMETRÍA	_____
POLISOMNOGRAFÍA	_____

Firma y aclaración beneficiario

CARPETA DOCUMENTAL PARA LA SOLICITUD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de solicitud: _____

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____

Obra Social: _____ N° Credencial: _____

Peso actual: _____ Altura: _____ IMC: _____

Lugar de cirugía: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Diagnóstico y comorbilidades:

Fecha del Diagnóstico: _____

FIRMA MÉDICO

SELLO MÉDICO

////////////////////////////////////

CARPETA DOCUMENTAL PARA LA SOLICITUD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de solicitud: _____

Apellido y Nombre: _____

N° Credencial: _____

ANTECEDENTES NUTRICIONALES

Prestador en donde realizó el tratamiento: _____

Período de tratamiento: _____

Peso al inicio del tratamiento: _____ IMC al inicio del tratamiento: _____

Firma y sello nutricionista

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de solicitud: _____

Apellido y Nombre: _____

Nº Credencial:

[illegible][illegible]

////////////////////

CARPETA DOCUMENTAL PARA LA SOLICITUD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de solicitud: _____

Apellido y Nombre: _____

N° Credencial: _____

APTO PSICOLÓGICO

Firma y sello profesional de salud mental

CARPETA DOCUMENTAL
PARA LA SOLICITUD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de solicitud: _____
Apellido y Nombre: _____
N° Credencial: _____

APTO NEUMONOLÓGICO

Firma y sello profesional

RIESGO ASA

Firma y sello profesional