

# 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: \_\_\_\_\_

Nº 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

# CARPETA DOCUMENTAL PARA LA SOLICITUD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

# HISTORIA CLÍNICA

**Fecha de solicitud:** \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Nº Credencial: \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE PESO DE LOS ÚLTIMOS 24 MESES

**Firma y sello nutricionista**

CARPETA DOCUMENTAL  
PARA LA SOLICITUD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Nº 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: \_\_\_\_\_

Nº Credencial: \_\_\_\_\_

APTO NEUMONOLÓGICO

---

Firma y sello profesional

RIESGO ASA

---

Firma y sello profesional