

SOLICITUD DE EMPADRONAMIENTO OBESIDAD

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____

N° de afiliado: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

ESTADO CLÍNICO ACTUAL:

Peso: _____ Altura: _____

IMC: _____ Circ. Abdominal: _____

Fecha de examen: ____ / ____ / ____

Laboratorio (Indicar valor fecha de estudio según corresponda y adjuntar informe)

Hemograma: _____ LDL: _____

Urea: _____ Triglicéridos: _____

Creatinina: _____ Uricemia: _____

Ionograma: _____ TSH: _____

Glucemia: _____ T3: _____

HbA1c: _____ T4 libre: _____

Colesterol total: _____ Orina completa: _____

HDL: _____

COMORBILIDADES (Seleccionar e indicar fecha de diagnóstico según corresponda)

HTA: _____ Diabetes: _____

Dislipemia: _____ Tabaquismo: _____

Apnea : _____ Otros: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS / NUTRICIONALES

 Firma y sello médico

 Firma y sello nutricionista

SOLICITUD DE EMPADRONAMIENTO OBESIDAD

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____

N° de afiliado: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

REGISTRO DE PESO (Último semestre):

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

TRATAMIENTOS REALIZADOS E INDICACIÓN DE MEDICACIÓN ACTUAL Y JUSTIFICACIÓN DEL ESQUEMA SOLICITADO

PLAN DE TRATAMIENTO INDICADO

Tel. de contacto del médico: _____

E-mail: _____

El presente formulario reviste calidad de declaración jurada y resulta condición necesaria su actualización semestral para la autorización y continuidad de la cobertura del programa.

Firma y sello médico