

## SOLICITUD DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD

### DATOS DEL AFILIADO

Nombre y apellido			Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Fecha de Nac.	Edad: años	Tipo y N°/Doc.			
Afiliado N°	Teléfono		Correo electrónico		

### FACTORES DE RIESGO - COMORBILIDADES

HTA <input type="checkbox"/>	Tabaquismo <input type="checkbox"/>	Dislipidemia <input type="checkbox"/>	Sedentarismo <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>	
DBT <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>	Otras Endocrinopatías:			
En tratamiento con: Corticoides <input type="checkbox"/> Otros (especificar):					
Enf. Genéticas:		Enf. Cardiovasculares:			
Enf. Pulmonares: EPOC <input type="checkbox"/> Otras (especificar):					
Hepatopatías:			CA de mama post-menopáusia <input type="checkbox"/>		
Psicológicos:					
Otros:					

### CONTROL DE PESO

<i>Inicial</i>	Peso:	kg	IMC:	kg/metro <sup>2</sup>	Altura:	mt.
<i>Actual</i>	Peso:	kg	IMC:	kg/metro <sup>2</sup>		

### TRATAMIENTO

Quirúrgico:	Banda gástrica ajustable (BGA) <input type="checkbox"/>	Fecha cirugía:
By Pass gástrico <input type="checkbox"/>		

### ADHERENCIA

<i>Dieta indicada</i>	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
<i>Controles</i>	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>
Observaciones:			

### EVOLUCIÓN

Muy buena <input type="checkbox"/>	Buena <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>			
Escala ASA	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	VI <input type="checkbox"/>
Situación actual						

Lugar y fecha de notificación

Firma y sello del profesional