

FORMULARIO 1A

INGRESO A TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA OBESIDAD

DATOS DEL AFILIADO	
<u>Apellido y Nombre</u>	<u>DNI/ IPS Nº</u>
<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Edad Actual</u>

DATOS DE MEDICO TRATANTE	
<u>Apellido y Nombre</u>	
<u>Especialidad</u>	
<u>Nº de Matricula</u>	

DIAGNOSTICO DE OBESIDAD			
<u>Peso(Kg.)</u>	<u>Talla(cm)</u>	<u>IMC</u>	
<u>Tiempo que presenta exceso de peso (años)</u>			

COMORBILIDADES (*)			
<i>Marcar según corresponda.</i>			
<u>Insulino Resistencia</u>	SI NO	<u>Valores/ fecha</u>	
<u>DBT insulino requiriente</u>	SI NO	<u>Observaciones</u>	
<u>HTA</u>	SI NO	<u>Valores/medicación</u>	
<u>Artropatias Mod o Severas</u>	SI NO	<u>¿Cuales?</u>	
<u>Patología Cardiovasculares Asoc.</u>	SI NO	<u>¿Cuales?</u>	

ANTECEDENTES FAMILIARES					
Familiares con sobrepeso u obesidad					
<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Abuelos</u> Materno	<u>Tios</u> Maternos	<u>Hermanos</u>	
SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ N° Paterno	SI ___ NO ___ Paternos	SI ___ NO ___	
Familiares con Diabetes					
<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Abuelos</u> Materno	<u>Tios</u> Maternos	<u>Hermanos</u>	
SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ N° Paterno	SI ___ NO ___ Paternos	SI ___ NO ___	
Familiares con Dislipemias					
<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Abuelos</u> Materno	<u>Tios</u> Maternos	<u>Hermanos</u>	
SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ N° Paterno	SI ___ NO ___ Paternos	SI ___ NO ___	

(*) Para evaluar la presente solicitud, deberá **DOCUMENTAR** fehacientemente las comorbilidades detalladas anteriormente. Acudir con carnet de IPS y DNI

Reservado para IPS	FIRMA/ SELLO DEL MEDICO TRATANTE	
FECHA ____ / ____ /20__	FECHA	

RESERVADO PARA IPS