

Fecha: .....

**1-DATOS PERSONALES**

Nombre y Apellido:..... Documento: .....

Nº Afiliado: ..... Fec. Nac.: .... /... / ..... Sexo: M  F

Domicilio: ..... Localidad: ..... Edad: .....

Teléfono / Celular: ..... E-Mail: .....

Fecha de empadronamiento en el Programa Integral de Tratamiento de la Obesidad: ..... Paciente en espera de cirugía bariátrica  Paciente con cirugía bariátrica contraindicada

**2-PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO**

Nombre y Apellido: ..... Especialidad: ..... Matrícula: .....

Institución: ..... Domicilio: ..... Localidad: .....

..... Teléfono: .....

**3-RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

Especificar tratamientos previos realizados:

.....

.....

.....

.....

**4-DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

**a) Examen Físico**

Peso:  Talla:  Tipo de obesidad al momento de la prescripción del BIG  
 IMC actual:  IMC hace 24 meses:  III  IV  V   
 Adicciones: Tabaco  Alcohol  Drogas ilícitas

**b) Comorbilidades o Factores de Riesgo asociados**

Diabetes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Síndrome de Apnea Obstruktiva del sueño (SAOS)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Síndrome de Hipoventilación Obesidad (SHO)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cardiopatía Isquémica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Patología psiquiátrica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
TVP	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
IRC	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Osteoartropatía severa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
IC	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Patología arterial periférica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**5-EVALUACIÓN PREVIA: ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA DE ESPECIALISTA**

Evaluación por nutricionista Si  No  Apto para BIG   
 Evaluación psicológica Si  No  Apto para BIG

**6 - ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

**• Hematológico completo:**

Leucocitos	<input type="text"/>	Hemoglobina	<input type="text"/>	Plaquetas	<input type="text"/>
Glucemia	<input type="text"/>	PCR	<input type="text"/>	Hba1c	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="text"/>	Microalbuminuria	<input type="text"/>		

**• Ionograma**

Na	<input type="text"/>	K	<input type="text"/>	Cl	<input type="text"/>
----	----------------------	---	----------------------	----	----------------------

**• Perfil Lipídico**

Colesterol Total	<input type="text"/>	HDL	<input type="text"/>	LDL	<input type="text"/>	Triglicéridos	<input type="text"/>
------------------	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------	---------------	----------------------

**• Función Hepática**

GOT	<input type="text"/>	GPT	<input type="text"/>	FAL	<input type="text"/>
-----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

**• Hormonas**

T4	<input type="text"/>	TSH	<input type="text"/>	Insulinemia	<input type="text"/>
----	----------------------	-----	----------------------	-------------	----------------------

**• Radiografía de tórax**

Normal  Anormal  Observaciones:.....

**• ECG**

Normal  Anormal  Observaciones:.....

**• Ecografía**

**Abdominal** Normal  Anormal  Observaciones: .....

**Tiroidea** Normal  Anormal  Observaciones: .....

**• Endoscopia Gástrica**

Normal  Anormal  Observaciones:.....

- Biopsia (Helicobacter Pylori) (-)   
 (+)  Indicar Tratamiento: .....  
 Endoscopia Control: (-)  (+)

DDJJ: Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de salud actual de mi paciente. La documentación de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoría médica de la APROSS.

<p>.....</p>	<p>.....</p>
--------------	--------------

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

**ADJUNTAR**

- Resumen de Historia Clínica
- Fotocopia de Carnet
- Fotocopia de Informe de Estudios que demuestren la patología que padece el/la afiliado/a
- Pedido de set de colocación y kit de extracción de balón intragástrico (en R/p común)

**Los datos son obligatorios y su ausencia impide el trámite de empadronamiento**