

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: .....

**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 de la CX

IMC actual:  IMC hace 24 meses:  II  III  IV

Adicciones: Tabaco  Alcohol  Drogas ilícitas  V

**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 Obstructiva 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 PRE OPERATORIA: ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA DE ESPECIALISTA**

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

**6 - ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

**• Hematológico completo:**

Leucocitos  Hemoglobina  Plaquetas   
 Glucemia  PCR  Hba1c   
 Creatinina  Microalbuminuria

**• Ionograma**

Na  K  Cl

**• Perfil Lipídico**

Colesterol Total  HDL  LDL  Triglicéridos

**• Función Hepática**

GOT  GPT  FAL

**• Minerales**

Calcio  Fósforo  Hierro  Ferritina  Magnesio

**• Hormonas**

T4  TSH  Insulinemia

**• 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: (-)  (+)

**• Espirometría**

CVF  VEF<sub>1</sub>  VEF<sub>25-75</sub>

**• Gasometría**

PaO<sub>2</sub>  PaCO<sub>2</sub>  pH  SaO<sub>2</sub>  HCO<sub>3</sub>

**• Polisomnografía**

Resultado:.....

**7-TIPO DE CIRUGÍA A REALIZAR**

Banda Gástrica ajustable

Gastrectomía en manga

Bypass gástrico en Y de Roux

**Vía de Abordaje**

Laparoscópica

Cielo Abierto

Fecha de cirugía: .....

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.

.....	.....
-------	-------

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*

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