

Planilla de Ingreso. Programa de Obesidad Mórbida

La presente planilla
tiene carácter de
declaración jurada.

PLANILLA DE INGRESO PROGRAMA DE OBESIDAD MORBIDA			
DATOS DEL PACIENTE			
Nombre y Apellido:			
Edad:	fecha de Nacimiento:	Sexo:	
N° Afiliado:		Otra Obra Social:	
Edad comienzo obesidad:			
Antecedentes de tratamientos previos (especificar tratamiento y acompañar con documentación):			
.....			
.....			
ANTECEDENTES PERSONALES			
Antecedentes quirúrgicos:			
Antecedentes Obstétricos:			
Antecedentes Clínicos:			
Medicación Actual:			
Antecedentes Familiares:			
.....			
DATOS DEL PACIENTE			
Descripción	Presencia	Ausencia	Observaciones
HTA			
Dislipemia			
SDR. Metabólico			
DBT			
SBT. Apnea del Sueño			
ENF. Vascular Periférica			
Enfermedad Renal			
Enfermedad Hepática			
Enfermedad Intestinal			
Litiasis Biliar			
Enfermedad Oncológica			
Enfermedad Osteoarticular			

Planilla de Ingreso. Programa de Obesidad Mórbida

La presente planilla
tiene carácter de
declaración jurada.

Esterilidad/Infertilidad
Disfunción Sexual
Alteraciones Ciclo Menstrual
Incontinencia Orina/Fecal
Estado Salud Bucal, Prótesis, Falta de Piezas Dentarias, Etc.
Tabaquismo
Alcoholismo
Reflujo Gastroesofagico
Enfermedad Cardiaca
EXAMEN CLÍNICO
Generales:
- Ta <input type="checkbox"/>
- Fc <input type="checkbox"/>
- Fr <input type="checkbox"/>
- Peso <input type="checkbox"/>
- Talla <input type="checkbox"/>
- Imc <input type="checkbox"/>
- Circunferencia Abdominal <input type="checkbox"/>
Cardiovascular:
.....
.....
.....
Respiratorio:
.....
.....
.....
Locomotor:
.....
.....
.....
Abdominal:
.....
.....
.....