

OBRA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA



INGRESO A TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

FECHA ____/____/____

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:
Fecha de Nacimiento

DNI:
Edad Actual:

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre
Especialidad
N° de Matricula:

DIAGNOSTICO DE OBESIDAD

Peso (kg.)	Talla (cm)	IMC
Pliegues y Circunferencias		
P. Subescapular (mm)	P. Tríceps(mm)	C. Cintura (cm)
% de tejido graso		
Método utilizado (%TG)		
Tiempo que presenta exceso de peso (años)		

COMORBILIDADES (*) Marcar según corresponda

Insulino Resistencia	[SI]	[NO]	Tiempo de Tratamiento.
Diabetes	[SI]	[NO]	Observación:
HTA	[SI]	[NO]	Valores:
Artropatías Moderadas o Séveras	[SI]	[NO]	¿Cuales?
Patologías Cardiovasculares Asoc.	[SI]	[NO]	¿Cuales?

ANTECEDENTES FAMILIARES

Familiares con Sobrepeso u Obesidad

Madre		Padre		Abuelos		Maternos []		Tíos		Paternos []		Hermanos	
[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]

Familiares con Diabetes

Madre		Padre		Abuelos		Maternos []		Tíos		Paternos []		Hermanos	
[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]

Familiares con Dislipemias

Madre		Padre		Abuelos		Maternos []		Tíos		Paternos []		Hermanos	
[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]	[SI]	[NO]

(*) Para evaluar la presente solicitud, deberá documentar fehacientemente las comorbilidades detalladas anteriormente y acudir con DNI

Reservado para O.S.UNSa

Firma / Sello del Medico

Fecha: ____/____/____

Fecha: ____/____/____