FICHA DE INGRESO AL PROGRAMA INTEGRAL DE OBESIDAD

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre: _____ *Edad: ____

Afiliado OSEP N°: ____ *Documento N°: ____ Sexo: M F

Email: _____ Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

*Los datos del afiliado son obligatorios y deben ser completados todos los campos solicitados en el recuadro

DIAGNÓSTICO CLÍNICO COMPLETADO POR UN MÉDICO

COMORBILIDADES O FACTORES DE RIESGO	SI	NO	¿MEDICADO?	OBSERVACIONES
Diabetes				
Resistencia a la Insulina				
HTA				
Dislipidemia				
Síndrome de Apnea Obstructiva de Sueño				
Síndrome de Hipoventilación Obesidad				
Cardiopatía Isquémica				
Insuficiencia Renal Crónica				
Patología psiquiátrica				
Osteoartropatía severa				
Insuficiencia cardíaca				
Patología arterial periférica				
Otros				

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha: ___/___/_____/

_____
Firma y Sello del Profesional

VALORACIÓN NUTRICIONAL - COMPLETADO POR UN NUTRICIONISTA

Peso: ____ Talla: ____ I.M.C: ____ C.C.: ____

DIAGNÓSTICO: _____

ANTECEDENTES (TIEMPO QUE TIENE SOBREPESO, HISTORIA FAMILIAR, ETC.): _____

_____

ACTIVIDAD FÍSICA: _____

Fecha: ___/___/_____/

_____
Firma y Sello del Profesional

osep.planificacion@gmail.com