

## FICHA DE REEMPADRONAMIENTO AL PROGRAMA DE OBESIDAD

Departamento de Planificación

### DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ N° de documento: \_\_\_\_\_ Credencial:

### INFORMES DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE RESPECTO A SU OBESIDAD

Fecha de inicio al programa:

#### MÉDICO

Co-morbildades: HTA: \_\_\_\_\_ DBT: \_\_\_\_\_ Dislipemia: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Evolución de estos años de tratamiento descenso de peso:

---

---

---

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

#### NUTRICIONAL

Peso actual: \_\_\_\_\_ Peso inicial: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_

Evolución de estos años de tratamiento descenso de peso:

---

---

---

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

#### PSICOLÓGICO

Evolución de estos años de tratamiento descenso de peso:

---

---

---

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_

Firma y aclaración del afiliado