

SOLICITUD Ingreso Programa de Obesidad

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE				
DNI			FECHA DE NACIMIENTO	
EDAD		años y		meses

FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA			FECHA CONS. MÉDICA		
PESO		Kilos	Índice de Masa Corporal (kg/m ²)		
TALLA		mts.	Percentil Índice Masa Corporal		
			Circunferencia Abdominal		cm.
TENSIÓN ARTERIAL (en mmHg)		Sistólica		Diastólica	
RESULTADOS EDAD ÓSEA		años		meses	

RESULTADOS DE LABORATORIO

HDL		LDL		Colesterol Total	
Trigliceridemia		Glucosa en Ayunas		Tolerancia Oral Glucosa	
Insulinemia		GOT		GPT	
				GGT	

DIETA (TILDE DONDE CORRESPONDA)

Adherencia Total		Adherencia Parcial		No Adherencia	
------------------	--	--------------------	--	---------------	--

EJERCICIO FÍSICO (TILDE DONDE CORRESPONDA)

Adherencia Total		Adherencia Parcial		No Adherencia	
------------------	--	--------------------	--	---------------	--

CONCLUSIONES PSICOLÓGICAS

SUMUNISTRA ORLISTAT

Sí		No	
----	--	----	--