

**FORMULARIO 1 N**

**INGRESO A TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA OBESIDAD**

**DATOS DEL AFILIADO**

<u>Apellido y Nombre</u>		<u>DNI/ IPS N°</u>	
<u>Fecha de Nacimiento</u>		<u>Edad Actual</u>	

**DATOS DE MEDICO TRATANTE**

<u>Apellido y Nombre</u>			
<u>Especialidad</u>			
<u>N° de Matricula</u>			

**DIAGNOSTICO DE OBESIDAD**

<u>Peso( Kg.)</u>	<input type="text"/>	<u>Talla(cm)</u>	<input type="text"/>	<u>IMC</u>	<input type="text"/>
<u>Puntaje Z</u>	<input type="text"/>	<u>Percentil</u>	<input type="text"/>		

**COMORBILIDADES (\*)**

Marcar según corresponda.

	SI	NO	Observaciones
<u>Insulino Resistencia</u>			
<u>HTA</u>			
<u>OTROS</u>			

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**Familiares con sobrepeso u obesidad**

<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Abuelos</u>	Maternos	<u>Tios</u>	Maternos	<u>Hermanos</u>
SI___NO__	SI___NO__	SI___NO__	Paternos	SI___NO__	Paternos	SI___NO__

**Familiares con Diabetes**

<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Abuelos</u>	Maternos	<u>Tios</u>	Maternos	<u>Hermanos</u>
SI___NO__	SI___NO__	SI___NO__	Paternos	SI___NO__	Paternos	SI___NO__

**Familiares con Dislipemias**

<u>Madre</u>	<u>Padre</u>	<u>Abuelos</u>	Maternos	<u>Tios</u>	Maternos	<u>Hermanos</u>
SI___NO__	SI___NO__	SI___NO__	Paternos	SI___NO__	Paternos	SI___NO__

(\*) Para evaluar la presente solicitud, deberá documentar fehacientemente las comorbilidades detalladas anteriormente, acudir **CON UN MAYOR RESPONSABLE, con DNI y CARNET de IPS**

*Reservado para IPS*

FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20\_\_

FIRMA/ SELLO DEL MEDICO PEDIATRA

FECHA \_\_\_\_\_

**RESERVADO PARA IPS**