

**Servicio de Obra
Social de la
Universidad Nacional del Sur**

Tratamiento de la Obesidad

FECHA: / /

Nº DE AFILIADO:

APELLIDO Y NOMBRE:

MEDICO QUE SOLICITA:

CENTRO TERAPEUTICO AL QUE CONURRE:

1. ADMISION:

a. FECHA: / /

b. PESO:

c. TALLA:

d. IMC:

e. COMORBILIDAD: Valores laboratorio y alt. Rx

i. DIABETES

ii. HTA

iii. DISLIPEMIA

iv. HIPOTIROIDISMO

v. OTRAS

2. TRATAMIENTOS REALIZADOS:

FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA DEL MEDICO

.....

.....