



## PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA



Informe de Auditoría Médica - Nota N° ..... /g

Lugar ..... Fecha .....

Apellido y Nombres .....

N° de Afiliado ..... / .....  Obligatorio  A cargo obligatorio

### Equipo Médico Tratante

Cirujano: Dr/a ..... Clínico: Dr/a .....

Nutricionista: Lic. .... Psicólogo/a: Lic. ....

Indicación: ..... Presupuesto: .....

Fecha Nac.: ..... / ..... / ..... Edad ..... años Sexo ..... **Talla** ..... m **Peso** ..... Kg

**IMC=**

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{TALLA} \times \text{TALLA}}$$

(Valores normales entre 19 y 25)

HC  Estudios  Colesterol ..... HDL ..... LDL ..... Glucemia ..... Insulinemia .....

Otras patologías relevantes .....

**Evaluación Auditor** .....

.....  
Firma del Médico/a Auditor/a

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ..... tipo y N° de doc. ....

manifiesto haber sido informado/a de los riesgos quirúrgicos propios de la intervención

quirúrgica indicada por mi médico tratante, Dr. ....

y las responsabilidades que adquiero sobre continuidad de las indicaciones médicas en el tratamiento por-operatorio, asumiendo todos los mismos con voluntad plena.

.....  
Firma del familiar testigo

.....  
Firma del titular interesado