



HOJA DE INFORMACION PARA PACIENTES BARIATRICOS

FECHA DE HOY: _____ HORA DE LA CLASE: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____

DE TELEFONO DE CASA: _____

DE TELEFONO CELLULAR: _____

INFORMACION CLINICA DEL PACIENTE BARIATRICO

ESTATURA: _____ PESO: _____

**POR FAVOR, REVISE CADA PROBLEMA MEDICO A CONTINUACION.
MARQUE SI CON UN CIRCULO SI TIENE ESTE PROBLEMA MEDICO.
MARQUE NO SI NO TIENE ESTE PROBLEMA MEDICO.**

Diabetes: Si No **Presión Arteria Alta:** Si No **Apnea del Sueño:** Si No

Reflujo Acido: Si No **En Diálisis:** Si No

INFORMACION SOBRE EL SEGURO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL SEGURO PRINCIPAL: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL SEGURO PRIMARIO: _____

NUMERO DEL TELEFONO DEL SEGURO PRINCIPAL (EN EL REVERSO DE LA TARJETA): _____

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION DEL SEGURO SECUNDARIO: _____

NUMERO DE TELEFONO DEL SEGURO SECUNDARIO (EN EL REVERSO DE LA TARJETA): _____

SOLO PARA USO DE OFICINA

IMC _____ Nueva Cita de Consulta: _____ Proveedor: _____