

EVALUACIÓN TRATAMIENTO POR OBESIDAD
DATOS DEL PACIENTE:

RUT	NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	PESO	TALLA

Diagnóstico: _____

Fecha Diagnóstico: ____ / ____ / ____

Fecha de primer diagnóstico de obesidad: ____ / ____ / ____

Método de Diagnóstico: _____

Se trató con fármacos: Si _____ No _____ Periodo del Tratamiento: _____

Indique Plan de tratamiento: _____

Periodo de tratamiento: _____ cantidad de meses (6 meses, máximo)

El paciente presenta alguna patología asociada al diagnóstico principal, indicar: _____

Fecha de Atención: ____ / ____ / ____

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICOTRATANTE

RUT	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
ESPECIALIDAD		FIRMA Y TIMBRE MÉDICO	

NOTA: La entrega de beneficio está sujeta a la evaluación y aprobación del tratamiento. La evaluación está condicionada a los siguientes requisitos **a) IMC igual o mayor a 35 con patologías asociadas. b) IMC igual o mayor 40.**

“Recuerde adjuntar los informes de: 1) Evaluación Psiquiátrica o psicológica 2) Evaluación Nutricional 3) Evaluación Medicina Interna y/o informe de equipo multidisciplinario, junto a todos los exámenes relacionados con patologías asociadas indicadas por médico tratante”.