

## ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO DE PACIENTES CON SOBREPESO QUE ASISTEN AL HOSPITAL

### PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

#### Datos personales

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Escolaridad:

- Primaria
- Secundaria
- Terciario/Universitario
- No realizó

Ingreso económico:

- Asignación Universal por Hijo
- Tarjeta Alimentaria
- Acompañamiento Social
- Otro: \_\_\_\_\_

¿Recibe vianda de la Municipalidad o bolsón de mercadería?

- Sí
- No

Trabajo:

- Sí
- No

Si respondió "sí", ¿de qué trabaja? \_\_\_\_\_

¿Qué horarios tiene que cumplir? \_\_\_\_\_

#### Aspectos relacionados a su salud

Peso corporal real o aproximado: \_\_\_\_\_

Patologías presentes: \_\_\_\_\_

Medicación diaria: \_\_\_\_\_

Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Actividad física:

Sí

No

¿Cuál? \_\_\_\_\_