



Evaluación para Transportes Bariátricos

Antes de programar un transporte bariátrico, complete este formulario en su totalidad.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Referencia #: _____

Ancho máximo de **hombro a hombro** _____ ☐ cm o ☐ in →

Ancho máximo del **tórax incluyendo brazos** _____ ☐ cm o ☐ in →

Ancho máximo de **cadera** _____ ☐ cm o ☐ in →

Peso del Paciente: _____ ☐ lb o ☐ kg

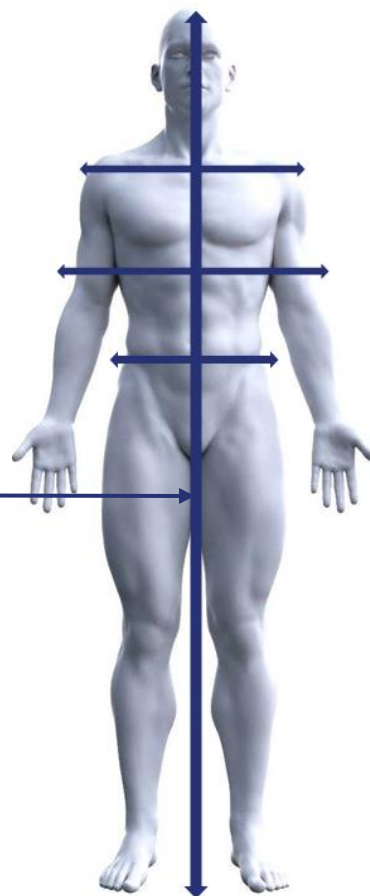
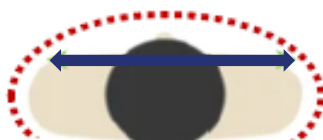
Altura del paciente: _____ ☐ cm o ☐ in

Movilidad del Paciente

- ☐ Asistencia total hacia la camilla
☐ Con asistencia
☐ Sin asistencia

Posición para transporte del paciente

- ☐ Decúbito Supino ☐ Decúbito Prono
☐ Fowlers ☐ Semi-fowlers
☐ Trendelenburg
Decúbito lateral ☐ Izquierdo o ☐ Derecho



Cuando el paciente está acostado mida recto en los puntos más anchos de acuerdo con la línea azul y no con la **línea roja**

Instrucciones para transporte

Nombre completo y título de quien completa este formulario

Fecha