



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Nombre y Apellido: _____ Fecha: ____/____/____

E-mail: _____ Edad: _____ Peso: _____ Altura: _____

D.N.I.: _____ Cobertura de Salud: _____

Domicilio: _____ N° de Afiliado: _____

C.P.: _____ Estudio a Efectuar: _____

Tel: _____ Médico que lo deriva: _____

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

	SI	NO	NO SABE
¿Te realizaron alguna cirugía del corazón?	☐	☐	☐
¿Te realizaron alguna cirugía de las carótidas?	☐	☐	☐
¿Fuiste tratado o sufriste alguna enfermedad cardíaca como arritmia, infarto o insuficiencia cardíaca?	☐	☐	☐
¿Tenés colocado un marcapasos o un cardiodesfibrilador?	☐	☐	☐
¿Tenés presión arterial alta?	☐	☐	☐
¿Fuiste tratado o en alguna oportunidad sufriste un accidente cerebrovascular?	☐	☐	☐
¿Estás realizando diálisis? ¿Tenés insuficiencia renal crónica?	☐	☐	☐
¿Sufrís EPOC, asma, alguna otra enfermedad pulmonar o usás oxígeno domiciliario o CPAP?	☐	☐	☐
¿Estás anticoagulado o tenés doble antiagregación plaquetaria?	☐	☐	☐
<i>(en caso de que la respuesta a esta pregunta sea "SI", el paciente deberá tener la consulta correspondiente con el médico que maneja la anticoagulación o doble antiagregación para suspender la medicación previamente al estudio y debe enviar o mostrar una nota escrita y firmada por su médico).</i>			
¿Te encontrás actualmente constipado?	☐	☐	☐
¿Sos alérgico al látex?	☐	☐	☐
¿Sos alérgico a algún medicamento?	☐	☐	☐
¿Sufrís de diabetes?	☐	☐	☐
¿Recibís actualmente medicamentos para la obesidad o diabetes: agonista GLP-1 tipo Semaglutide (Ozempic ®), Liraglutide (Saxenda ®), Dilaglutide (Trulicity ®), Tirzepatide (Mounjaro ®) u otros similares?	☐	☐	☐
<i>(en caso de que la respuesta a esta pregunta sea "SI", el paciente deberá tener la consulta correspondiente con su médico para suspender la medicación previamente y debe enviar o mostrar una nota escrita y firmada por su médico).</i>			



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

Por favor, enumerar de qué lo operaron en caso que corresponda:

¿Tuviste algún problema con la anestesia alguna vez?

¿Sufrís de alguna otra enfermedad? ¿Cuál?

¿Tenés alguna discapacidad motora, visual o auditiva significativa? ¿Cuál?

¿Estás embarazada o creés estarlo?

SI **NO** **NO SABE**

☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐☐ ☐ ☐

Califique el grado de ansiedad por el procedimiento, de 1 a 10:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Recordá que el acompañante debe ser mayor de edad, con la capacidad y la confianza suficientes para estar al lado tuyo en la recuperación después del estudio

Te recordamos que es indispensable enviar el Riesgo Quirúrgico, si corresponde, antes del quinto día hábil del estudio para poder confirmar el turno fehacientemente.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA y ACLARACIÓN
DEL RESPONSABLE