



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Fecha: ____/____/____

Nombre y Apellido: _____

E-mail: _____ DNI: _____

Edad: _____ C.P. _____

Cobertura de Salud: _____ TEL: _____

Estudio a Efectuar: _____ Altura: _____

¿Cómo se afilió a su cobertura médica? N° de afiliado: _____

Médico que lo deriva: _____

POR FAVOR, MARCAR LO QUE CORRESPONDA:

	SI	NO	NO SABE
¿Tenés antecedentes de hipertensión arterial?	☐	☐	☐
¿Fuiste tratado o sufriste alguna enfermedad cardíaca? ¿Cuál? _____	☐	☐	☐
¿Fuiste tratado o sufrís de alguna enfermedad pulmonar? ¿Cuál? _____	☐	☐	☐
¿Fumás? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo? _____	☐	☐	☐
¿Padecés diabetes? ¿Requerís insulina? _____	☐	☐	☐
¿Tuviste hepatitis? ¿Recordás qué tipo? _____	☐	☐	☐
¿Padecés o padeciste alguna enfermedad del riñón? ¿Cuál? _____	☐	☐	☐
¿Sufrís o sufriste de epilepsia o convulsiones?	☐	☐	☐
¿Sos alérgico al látex?	☐	☐	☐
¿Sos alérgico a algún medicamento? → Enumerar a cuál/es _____	☐	☐	☐
¿Tenés algún problema de coagulación?	☐	☐	☐
¿Padecés alguna enfermedad transmisible? ¿Cuál? _____	☐	☐	☐
¿Consumís alcohol? ¿Cuántos vasos por comida? _____	☐	☐	☐



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

SI

NO

**NO
SABE**

Enumerar las operaciones que tuviste y en qué año:

¿Tuviste alguna dificultad con la anestesia en dichas operaciones?

☐☐☐

¿Por qué te pidieron el estudio?

¿Tenés antecedentes de familiares con pólipos o tumor de colon?
¿Quién? ¿A qué edad?:

☐☐☐

¿Qué medicamentos o drogas tomás en forma habitual?

☐☐☐

¿Estás tomando aspirinas o antiinflamatorios?

☐☐☐

¿Estás tomando anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios?

☐☐☐

¿Recibís medicamentos para la obesidad o diabetes?
Tipo Semigultide (Ozempic), Liraglutide (Saxenda)
Dilaglutide (Trulicity) Tirzepatide (Mounjaro) u otros similares?

☐☐☐

¿Sufrís de otras enfermedades? ¿Cuáles?

☐☐☐

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

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

¿Estás o creés estar embarazada?

☐☐☐

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