



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

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

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

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

C.P.: _____ N° de Afiliado: _____

Tel: _____ Estudio a Efectuar: _____

Médico que lo deriva: _____

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

SI NO NO
SABE

¿Fuiste tratado o sufriste alguna enfermedad cardíaca como arritmia, infarto o insuficiencia cardíaca?

☐ ☐ ☐

¿Tenés colocado un marcapasos o un cardiodesfibrilador?

☐ ☐ ☐

¿Tenés antecedentes de enfermedad de hipertensión arterial?

☐ ☐ ☐

¿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?

☐ ☐ ☐

(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).

¿Sos alérgico al látex?

☐ ☐ ☐

¿Sos alérgico a algún medicamento? Enumerar a cuál/es

☐ ☐ ☐

¿Sufrís de diabetes? ¿Requerís insulina? _____

☐ ☐ ☐

¿Fumás? ¿Cuántos cigarrillos por día? ¿Desde cuándo?

☐ ☐ ☐

¿Consumís alcohol? ¿Cuántos vasos por comida? _____

☐ ☐ ☐

¿Padecés alguna enfermedad transmisible? ¿Cuál? _____

☐ ☐ ☐

¿Sufrís o sufriste de epilepsia y/o convulsiones?

☐ ☐ ☐

¿Tuviste hepatitis? ¿Recordás de qué tipo? _____

☐ ☐ ☐

¿Recibís medicamentos para la obesidad o diabetes?

☐ ☐ ☐

Tipo Semaglutide (Ozempic®, Dutide®), Liraglutide (Saxenda®)
Dilaglutide (Trulicity®) Tirzepatide (Mounjaro®) u otros similares?

(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).

Sugerimos: Las formas orales deben suspenderse tres días antes del estudio. Las aplicaciones semanales deben suspenderse una semana antes o más del día del estudio.



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

POR FAVOR, MARQUE LO QUE CORRESPONDA:

SI

NO

**NO
SABE**

Enumerar de qué lo operaron este año en caso que corresponda:

☐☐☐

Enumerar qué medicamentos o drogas tomás en forma habitual:

☐☐☐

¿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?

☐☐☐

Calificar 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 que concurra con vos 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

En caso en que el paciente no se encuentre en condiciones de comprender la información suministrada, el consentimiento será firmado por el pariente más cercano o allegado que se ocupe de su asistencia. Si el/la paciente tiene entre 16 y 18 años y lo deciden ellos mismos sugerimos que unos de los padres firme también.