



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 razones de seguridad y asistencia durante la intervención, el/la paciente deberá concurrir acompañado/a por un acompañante responsable, mayor de edad, con capacidad y confianza suficientes para asistirlo/a antes, durante y después del procedimiento. El acompañante deberá permanecer disponible dentro del establecimiento hasta el alta médica. En caso de que el/la paciente no se encuentre en condiciones de firmar formularios o consentimientos propios del procedimiento, el acompañante podrá suscribir en representación del paciente, dentro del marco legal correspondiente.

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?

☐ ☐ ☐

¿Tomás medicamentos que anticoagulan la sangre? (anticoagulantes o dos antiagregantes juntos, por ejemplo: aspirina + un inhibidor plaquetario -clopidogrel / Plavix / prasugrel / ticagrelor-)

☐ ☐ ☐

(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? _____

☐ ☐ ☐

¿Padece 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 te operaron y en qué año, si corresponde:

☐☐☐

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
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Te recordamos que, si tu médico te solicita Riesgo Quirúrgico, es indispensable enviarlo antes del quinto día hábil del estudio para poder confirmar el turno fehacientemente.

El/la paciente o su representante podrá solicitar que la información le sea explicada en idioma inglés, o requerir un resumen escrito en dicho idioma, conforme a las políticas institucionales de GEDYT sobre accesibilidad lingüística y comprensión informada.

Los datos aquí consignados son veraces y completos. Declaro bajo juramento que no he omitido información relevante sobre mi salud y autorizo su incorporación a mi historia clínica. Comprendo que la falsedad u omisión puede afectar mi seguridad clínica, y generar implicancias que podrían haberse evitado, como así también responsabilidades conforme a la ley.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA y ACLARACIÓN
DEL RESPONSABLE

(*)En el caso de personas de entre 16 y 18 años, y sin perjuicio de su autonomía progresiva, si así lo decidieran, se sugiere que alguno de sus padres o representantes legales suscriba también el presente consentimiento, en carácter de co-responsable asistencial.