

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

DATOS DEL PACIENTE					
Nombre y Apellido				Fecha	
E-mail					
Edad		Peso		Altura	
DNI		Cobertura de salud			
CP		N° afiliado			
Teléfono		Estudio a efectuar			
Médico que lo deriva					

Por favor, marque lo que corresponda:

SI NO NO SABE

¿Fue tratado o sufre alguna enfermedad cardíaca como arritmia, infarto o insuficiencia cardíaca?

☐ ☐ ☐

¿Tiene colocado un marcapasos o un cardiodesfibrilador?

☐ ☐ ☐

¿Tiene antecedentes de enfermedad de hipertensión arterial?

☐ ☐ ☐

¿Fue tratado o en alguna oportunidad sufrió un accidente cerebrovascular?

☐ ☐ ☐

¿Está realizando diálisis? ¿Tiene insuficiencia renal crónica?

☐ ☐ ☐

¿Sufre EPOC, asma, alguna otra enfermedad pulmonar o usa oxígeno domiciliario o CPAP?

☐ ☐ ☐

¿Está anticoagulado o tiene 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 firmada por su médico).

☐ ☐ ☐

¿Es alérgico al látex?

☐ ☐ ☐

¿Es alérgico a algún medicamento? Enumere cuáles:

☐ ☐ ☐

¿Sufre diabetes? ¿Requiere insulina?

☐ ☐ ☐

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

☐ ☐ ☐

¿Consumo alcohol? ¿Cuántos vasos por comida?

☐ ☐ ☐

! " " " " " # \$ % & () % "

La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES", órgano de control de la Ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al cumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.!



¿Padece alguna enfermedad transmisible? ¿Cuál?

☐ ☐ ☐

¿Sufre o sufrió de epilepsia y/o convulsiones?

☐ ☐ ☐

¿Tuvo hepatitis? ¿Recuerda de qué tipo?

☐ ☐ ☐

¿Recibe 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 una semana antes o más del día del estudio.

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

☐ ☐ ☐

Enumerar qué medicamentos o drogas toma de manera habitual:

☐ ☐ ☐

¿Tuvo algún problema con la anestesia alguna vez?

¿Sufre de alguna enfermedad? ¿Cuál?

☐ ☐ ☐

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

☐ ☐ ☐

¿Está embarazada o cree estarlo?

☐ ☐ ☐

Califique el grado de ansiedad por el procedimiento de 1 a 10: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Recuerde que el acompañante que concurra con usted debe ser mayor de edad, con la capacidad y la confianza suficientes para estar al lado suyo en la recuperación después del estudio.

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 uno de los padres firme también.

	Paciente	Responsable
Firma		
Aclaración		
DNI		
Fecha/Hora		