

**Nombre y Apellido:**  
**DNI:**

**Nombre y Apellido:**  
**DNI:**

1- ¿Posee antecedentes de cirugías?

NO  SÍ

NO  SÍ

Tipo de cirugía:

Fecha:

Diagnóstico:

2- ¿Tiene colocado un marcapasos o cardiodesfibrilador?

NO  SÍ

NO  SÍ

3- ¿Tiene colocada una prótesis traumatológica?

NO  SÍ

NO  SÍ

Fecha:

Tipo de prótesis:

4- ¿Cuenta con antecedentes de enfermedades psiquiátricas?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico?

NO  SÍ

NO  SÍ

Diagnóstico:

Medicación:

Internaciones psiquiátricas:

Fecha:

5- ¿Tiene antecedentes de internaciones clínicas?

NO  SÍ

NO  SÍ

Fecha:

Motivo:

6- ¿Se encuentra realizando algún tratamiento (fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, terapia ocupacional, otros)?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

Diagnóstico:

Médico tratante:

Teléfono del médico:

7- Fecha de la última vez que se realizó estudios - análisis.

¿El resultado fue normal?

SÍ  NO

SÍ  NO

Si la respuesta es No, detalle el diagnóstico

8- ¿Padece enfermedades congénitas o hereditarias?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

9- ¿Ha recibido transfusiones de sangre?

NO  SÍ

NO  SÍ

Causa:

Fecha:

10- ¿Está embarazada?

NO  SÍ

NO  SÍ

11- Cantidad de hijos (Detallar cuántos hijos tiene cada integrante mayor de 14 años)

12- ¿Padece actualmente alguna enfermedad o alteración física que requiera estudios, cirugías o internaciones en los próximos 6 meses?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

13- ¿Tiene dificultades en la visión y/o en la audición?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

Diagnóstico:

14- ¿Ha presentado o presenta alguna de estas patologías: diabetes tipo 1 o 2, VIH, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, mal de Chagas?

NO  SÍ

NO  SÍ

Otras, ¿cuál/es?:

15- ¿Padece o padeció adicciones (drogas, alcohol, etc.)?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

¿Está o estuvo en tratamiento?

NO  SÍ

NO  SÍ

Fecha del tratamiento:

16- ¿Presenta trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia, obesidad)?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

17- Peso (kg)

18- Altura (m)

19- ¿Tiene, tuvo o está tramitando un certificado de discapacidad?

NO  SÍ

NO  SÍ

Fecha de vigencia (desde y hasta) del certificado:

20- ¿Padece o padeció alguna patología aparte de las mencionadas en los puntos anteriores ?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

Declaro bajo juramento que en la presente informé la totalidad de mis antecedentes de salud no habiendo omitido dato alguno, estando por lo tanto la Mutual de Médicos Anestesiólogos facultado para tomar las medidas reglamentarias correspondientes en caso de falsedad en los términos declarados.

**Nombre y Apellido:**  
**DNI:**

**Nombre y Apellido:**  
**DNI:**

1- ¿Posee antecedentes de cirugías?

NO  SÍ

NO  SÍ

Tipo de cirugía:

Fecha:

Diagnóstico:

2- ¿Tiene colocado un marcapasos o cardiodesfibrilador?

NO  SÍ

NO  SÍ

3- ¿Tiene colocada una prótesis traumatológica?

NO  SÍ

NO  SÍ

Fecha:

Tipo de prótesis:

4- ¿Cuenta con antecedentes de enfermedades psiquiátricas?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico?

NO  SÍ

NO  SÍ

Diagnóstico:

Medicación:

Internaciones psiquiátricas:

Fecha:

5- ¿Tiene antecedentes de internaciones clínicas?

NO  SÍ

NO  SÍ

Fecha:

Motivo:

6- ¿Se encuentra realizando algún tratamiento (fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, terapia ocupacional, otros)?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

Diagnóstico:

Médico tratante:

Teléfono del médico:

7- Fecha de la última vez que se realizó estudios - análisis.

¿El resultado fue normal?

SÍ  NO

SÍ  NO

Si la respuesta es No, detalle el diagnóstico

8- ¿Padece enfermedades congénitas o hereditarias?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

9- ¿Ha recibido transfusiones de sangre?

NO  SÍ

NO  SÍ

Causa:

Fecha:

10- ¿Está embarazada?

NO  SÍ

NO  SÍ

11- Cantidad de hijos (Detallar cuántos hijos tiene cada integrante mayor de 14 años)

12- ¿Padece actualmente alguna enfermedad o alteración física que requiera estudios, cirugías o internaciones en los próximos 6 meses?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

13- ¿Tiene dificultades en la visión y/o en la audición?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

Diagnóstico:

14- ¿Ha presentado o presenta alguna de estas patologías: diabetes tipo 1 o 2, VIH, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, mal de Chagas?

NO  SÍ

NO  SÍ

Otras, ¿cuál/es?:

15- ¿Padece o padeció adicciones (drogas, alcohol, etc.)?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

¿Está o estuvo en tratamiento?

NO  SÍ

NO  SÍ

Fecha del tratamiento:

16- ¿Presenta trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia, obesidad)?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

17- Peso (kg)

18- Altura (m)

19- ¿Tiene, tuvo o está tramitando un certificado de discapacidad?

NO  SÍ

NO  SÍ

Fecha de vigencia (desde y hasta) del certificado:

20- ¿Padece o padeció alguna patología aparte de las mencionadas en los puntos anteriores ?

NO  SÍ

NO  SÍ

¿Cuál/es?:

Declaro bajo juramento que en la presente informé la totalidad de mis antecedentes de salud no habiendo omitido dato alguno, estando por lo tanto la Mutual de Médicos Anestesiólogos facultado para tomar las medidas reglamentarias correspondientes en caso de falsedad en los términos declarados.