

FECHA DEL TURNO: ____/____/____ **HORARIO:** ____:____ **PROFESIONAL:** _____

1. Llegar a la Admisión del 4º Piso, **10 minutos antes** del horario en que usted tiene el turno. Le informamos que su turno puede sufrir cierta demora.

2. TRAER A LA CONSULTA MÉDICA:

☐ La ORDEN MÉDICA que le dio el profesional que le solicitó la evaluación prequirúrgica.

☐ **TODOS** los **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS CARDIOLÓGICOS** que se haya realizado en los últimos **12 meses** (especialmente si tiene antecedentes o enfermedades cardíacas, ya que poseen gran relevancia):

- ☐ Ecocardiograma, Ecocardiograma Doppler.
- ☐ Ecocardiograma Doppler Estrés (ECO-Stress).
- ☐ Ergometría o Prueba Ergométrica Graduada (PEG).
- ☐ Gammagrafía Cardíaca, o Cámara Gamma, o SPECT.
- ☐ Angiografía Coronaria.
- ☐ Presurometría o Medición Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA).
- ☐ Estudio HOLTER.
- ☐ Ecografía Doppler de Vasos Arteriales y/o Venosos de miembros inferiores.
- ☐ Ecografía Doppler de Vasos de Cuello.

☐ **TODOS** los **ANÁLISIS DE LABORATORIO** (sangre, orina, etc.) que se haya realizado en el último año.

- Si usted se lo realizó en el CENTRO MEDICUS Azcuénaga o Belgrano, los resultados podrán ser vistos por el Médico de Prequirúrgico a través del sistema a las 48 hs. de realizados.
- Si usted se lo realizó en un LABORATORIO PARTICULAR, debe traer los resultados impresos el día del turno, ya que el Médico de Prequirúrgico los necesitará para poder realizar el informe médico. Si este considerara que es necesario realizar algún otro estudio complementario, se lo solicitará en la misma consulta médica.

☐ Último COAGULOGRAMA o CARNET DE CONTROL DE COAGULACIÓN (si usted es un paciente anticoagulado).

☐ TODA la MEDICACIÓN que está utilizando en los últimos 3 meses (anotada en un papel, o los prospectos de los respectivos medicamentos).

☐ **TODOS** los Estudios Complementarios que se haya realizado en el **último año** como parte de Chequeos Clínicos, Ginecológicos o Urológicos, Interconsultas con *Médicos Especialistas*, etc.; o que le haya solicitado su **Médico Cirujano de Cabecera** para poder realizarse el procedimiento quirúrgico:

- ☐ Estudios Radiográficos (de Tórax, de Abdomen, de Columna Vertebral, de Cadera, etc.).
- ☐ Estudios Ecográficos (Ecografías Abdominales, de Vías Urinarias, Vésico-Prostáticas, Hepato-Bilio-Pancreáticas, Ginecológicas, Mamarias, etc.).
- ☐ Estudios Endoscópicos (Video Endoscopia Digestiva Alta (VEDA), Videocolonoscopía (VCC), Fibrobroncoscopía, etc.).
- ☐ Espirometría o Estudio Funcional Respiratorio (EFR).
- ☐ Tomografías.
- ☐ Resonancias Magnéticas.
- ☐ Biopsias (de PÓLIPOS COLÓNICOS, pólipos uterinos, estómago, piel, etc.).
- ☐ Mamografía, Colposcopia, Papanicolaou, etc.
- ☐ Densitometría ósea.

☐ Carnet de VACUNACIÓN (Vacuna Antitetánica, Vacuna Doble Bacteriana, Vacuna Antigripal, Vacuna Antineumonía, etc.).

Firma y Aclaración
del paciente: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN