



Clínica San Camilo

PASAPORTE PREOPERATORIO

Apellido y Nombre:.....

D.N.I:.....

Fecha de nacimiento:.....

Cobertura:.....

Nº de Afiliado:.....

Tu participación es importante para prepararte para la cirugía.

Seguí las indicaciones de tu médico y ayuda a completar este pasaporte. Será solicitado el día de tu internación y debe incluir el consentimiento informado con tu aval firmado.

Con esto se inicia tu admisión programada.

.....
Firma y sello Cirujano



Procedimiento	
Diagnóstico:	
Cirugía Programada:	
Fecha Estimada:	 / / 2026
Tipo de Internación:	☐ Sin internación / ☐ Ambulatorio con reposo / ☐ Con internación
Tipo de Anestesia:	☐ Local / ☐ NLA / ☐ Bloqueo / ☐ General

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE:

¿Qué es este pasaporte?

Este documento te acompaña durante la preparación para tu cirugía. Su objetivo es ayudarte a llegar en las mejores condiciones posibles, con toda la documentación completa y con indicaciones claras, evitando demoras antes y después del procedimiento.

Clínica San Camilo promueve el cuidado de tu propia sangre antes de la cirugía. Esto se conoce como **Patient Blood Management (PBM)**, en español **Gestión de Sangre del Paciente** y busca detectar anemia, identificar riesgo de sangrado y planificar medidas para disminuir complicaciones y la necesidad de transfusiones.

☐ Estudios y Evaluación Preoperatoria

Luego de la evaluación médica, el cirujano solicitará los estudios preoperatorios pertinentes según tus antecedentes y estado de salud:

- Análisis de sangre.
- Radiografía de tórax.
- Evaluación cardiológica.
- Consultas con otros especialistas (si corresponde).

Cuidar tu sangre antes de la cirugía

Se consultará y evaluará si tenes anemia, falta de hierro o antecedentes de sangrado, con el objetivo de definir e instaurar un tratamiento oportuno, en pro de una mejor condición para la cirugía.

Es importante informar si:

- Alguna vez te dijeron que tenías anemia.
- Estás tomando hierro o te indicaron hierro recientemente.
- Tenés sangrados frecuentes o moretones de fácil aparición.



- Tuviste hemorragias en cirugías, partos o extracciones dentarias.
- Tomás medicación que puede aumentar el sangrado, como anticoagulantes, antiagregantes o algunos antiinflamatorios.

Consentimiento Informado

Este documento se enmarca bajo las normativas vigentes de Derechos del Paciente y Seguridad Sanitaria (**Ley Nº 26.529/09, Ley 26.742/12, Decreto 1.089/2012, Resolución 561/2014 SSalud y la Ley 27.797/25 de Calidad y Seguridad Sanitaria**).

 **Importante:** El consentimiento informado es un requisito obligatorio para tu atención, forma parte de tu historia clínica y debe ser firmado por vos (o tu representante) y el cirujano antes del procedimiento.

¿Qué implica firmar el Consentimiento Informado?

- **Autorización:** Avalas en forma consciente vos o tus representantes la realización del procedimiento.
Confirmando que recibiste información clara y suficiente.
- **Información:** Riesgos generales y específicos (Según tus antecedentes).
Beneficios esperados.
Posibles alternativas de tratamiento.
Limitaciones y posibles consecuencias del procedimiento.
- **Voluntariedad:** Declarás que tomás la decisión de forma libre y voluntaria.
- **Tus Derechos:** Podés consultar todas las dudas, pedir nuevas explicaciones y disponer del tiempo necesario para analizarlo en familia. Firmalo solo cuando no tengas más dudas.

Organización de tu Cirugía:

1. **Programación:** Se asigna la fecha estimada y deberás completar los estudios pendientes y evaluaciones necesarias.
2. **Autorizaciones y Materiales:** El cirujano solicitará la autorización con tu obra social o prepaga, junto con las prótesis de ser necesarias.
3. **Reevaluación Final:** Una vez que tengas turno, y hayas completado todos los requisitos, deberás asistir a una consulta final con tu cirujano.

PASAPORTE PREOPERATORIO

Instrucciones Preoperatorias:

Vas a recibir instrucciones específicas sobre:

- Ayuno ver con tu cirujano
- Medicación habitual
- Higiene (baño prequirúrgico) **Ver Hoja Higiene (Baño Prequirúrgico)**

No suspendas ni cambies ninguna medicación por tu cuenta. Algunos medicamentos deben



continuar y otros deben suspenderse antes de la cirugía, pero esa decisión debe ser indicada por el equipo médico.

⚠ Es importante que sigas estas recomendaciones, exactamente como se te indiquen.

❑ IMPORTANTE: DADORES DE SANGRE

En algunos casos, puede ser necesario contar con dadores de sangre o plaquetas. Tu equipo quirúrgico, te informará si lo necesitas y cómo proceder.

DÍA DE LA CIRUGÍA 📅

Preséntate **1 hora antes** del horario indicado.

Debes asistir con **un (1) solo acompañante adulto** (mayor de 18 años).

(COMPLETAR POR EL PACIENTE)

Marcar	<i>Para evitar olvidos el día de tu cirugía, <u>revisá esta lista antes de salir de tu casa</u>. Marca cada punto cuando lo tengas listo.</i>
	Identificación: DNI o Pasaporte vigente (tanto del paciente como del acompañante).
	Cobertura: Credencial física o aplicación digital funcionando en el teléfono.
	Recepción: Presentarse en Informes del CSC (Av. Ángel Gallardo 899, Planta Baja).
	Pasaporte Preoperatorio: Mostrar Carpeta Prequirúrgica completa y Consentimiento Informado firmado.
	Estudios: Traer todos los estudios complementarios indicados por el cirujano.
	Ayuno Estricto: 8 horas de ayuno para sólidos y lácteos. Infusiones permitidas, líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía (luego suspender por completo). Líquidos claros son: agua, té o café suave <u>sin leche</u> , jugo <u>sin pulpa</u> , bebidas deportivas claras. "VALORAR CON SU CIRUJANO"
	Objetos Personales: Venir sin alhajas, joyas ni objetos de valor (si lo traen, deben quedar con el acompañante).
	Preparación Personal: Sin esmalte de uñas ni uñas postizas/esculpidas. Retirar prótesis removibles y lentes de contacto antes de ingresar.

Edad: | **Peso:** kg | **Altura:** m

Registro de Medicación Actual (Incluir venta libre, usar nombre Genérico)

1.	_____	Dosis: _____
2.	_____	Dosis: _____
3.	_____	Dosis: _____
4.	_____	Dosis: _____
5.	_____	Dosis: _____
6.	_____	Dosis: _____
7.	_____	Dosis: _____
8.	_____	Dosis: _____
9.	_____	Dosis: _____
10.	_____	Dosis: _____



HIGIENE (BAÑO PREQUIRÚRGICO)

Las siguientes recomendaciones tienen como objetivo reducir el riesgo de infecciones antes de su cirugía.

Frecuencia del baño

- Realizar un baño **la noche anterior** a la cirugía, siguiendo los pasos del **punto N° 5** (ver a continuación)
- **El día de la cirugía**, realizar un baño quirúrgico siguiendo los pasos del **punto N° 5** (ver a continuación)
- En cirugías cardíacas o con prótesis: realizar baño diario durante 3 días previos.

CÓMO REALIZAR EL BAÑO

1. **Retire** todas las joyas y objetos (anillos, aros, piercing, etc.).
2. **Dúchese** completamente incluyendo el cabello con jabón y shampoo común.
3. **Enjuague** completamente.
4. **Aplique** jabón antiséptico (iodopovidona o clorhexidina al 4%).
5. **Limpie en el siguiente orden: cabeza, cuello, brazos, tórax, abdomen, piernas, espalda, genitales y periné.**
6. **No aplicar** antiséptico en ojos, boca u otras mucosas.
7. **Dejar actuar** el antiséptico entre 1 y 2 minutos antes de enjuagar o secar.

Después del baño

- **No** utilizar cremas, lociones, desodorantes ni talcos.
- **Vestirse** con ropa limpia.

Importante

- **No rasurar ni depilar** el área quirúrgica ni zonas cercanas.
- **En caso de dudas** o condiciones especiales, consulte con su equipo médico.

Señales de alerta que debés informar antes de operarte

Avisá al equipo tratante lo antes posible si ocurre alguna de estas situaciones en los días previos a la cirugía:

- Fiebre, tos, mucosidad o síntomas gripales.
- Sangrado anormal, aparición de moretones grandes o menstruación muy abundante.
- Diagnóstico reciente de anemia o hemoglobina baja.
- Inicio o cambio de anticoagulantes, aspirina, antiinflamatorios u otra medicación que afecte la coagulación.
- Necesidad de internación, infección o consulta de urgencia por otro motivo.

**Cuestionario de sangrado y evaluación hematológica (PARA PACIENTE)**

Como parte de la preparación, vas a completar un cuestionario de antecedentes de sangrado (HEMSTOP). Esta herramienta ayuda a detectar pacientes con mayor probabilidad de presentar un trastorno hemorrágico y permite decidir si hace falta una evaluación adicional antes de la cirugía.

Si el cuestionario o tus antecedentes sugieren mayor riesgo de sangrado, el equipo puede indicar estudios complementarios o interconsulta con Hematología antes del procedimiento.

¿Presenta o ha presentado alguna de las siguientes situaciones?	SÍ	NO
1. ¿Tratamiento o consulta por sangrado prolongado/inusual (nariz, heridas, menores)?		
2. ¿Moretones/hematomas mayores a 2 cm sin causa o ante traumatismos mínimos?		
3. ¿Sangrado prolongado tras una extracción dental que requirió atención médica?		
4. ¿Sangrado excesivo durante o después de una cirugía previa?		
5. ¿Familiares con enfermedades de coagulación (Hemofilia, Von Willebrand, etc.)?		
6. Siendo Mujer: ¿Tratamiento por períodos menstruales abundantes prolongados (hierro, pastillas)?		
7. Siendo Mujer: ¿Sangrado prolongado o excesivo en un postparto?		

Completá el siguiente cuestionario sobre su estado de Salud

¿Ha tenido o tiene actualmente:	SÍ	NO	¿Ha tenido o tiene actualmente	SÍ	NO
¿Presión arterial alta?			¿Problema renal?		
¿Colesterol alto en sangre?			¿Problema hepático?		
Falta de aire al subir escaleras/caminar?			¿Sangrado fácil (ej. extracciones)?		
¿Tos y catarro frecuentemente?			¿Antecedentes de anemia?		
¿Asma o espasmos bronquiales?			¿Úlcera de estómago o gastritis?		
¿Enfermedad o soplo cardíaco?			¿Parálisis o enfermedad neurológica?		
¿Infarto cardíaco previo?			¿Enfermedad muscular?		
Angina de pecho / Palpitaciones?			¿Algún tipo de tumor?		



EVALUACIÓN PREOPERATORIA

DPA-FOR-001-V02

¿Ha tenido o tiene actualmente:	SÍ	NO	¿Ha tenido o tiene actualmente	SÍ	NO
¿Flebitis o trombosis?			¿Síncope, desmayos o convulsiones?		
¿Problemas urinarios?			¿Problemas alérgicos o de tiroides?		
¿Posibilidad de embarazo? (si corresponde)			¿Tratamiento psicológico/psiquiátrico?		
¿Diabetes?			¿Tratamiento activo por infección?		
¿Fuma o consume alcohol/sustancias?			¿Medicación antiviral activa?		
¿Recibió YODO intravenoso?			¿Usa prótesis o lentes de contacto?		
¿Problemas con anestесias previas?			¿Vacuna Antitetánica Vigente?		

Describa cirugías previas:

.....
.....
.....

Otros comentarios respecto a problemas de su salud:

.....
.....
.....

DONANTES DE SANGRE

En algunas cirugías especiales, el equipo puede informarte si existe algún requerimiento institucional relacionado con soporte transfusional. Si eso fuera necesario, te explicarán de manera específica cómo proceder.

Certificación sobre los datos aportados

Firma del Paciente/Responsable:

DNI:

Fecha: ____/____/____

**EVALUACION POR SERVICIO DE CARDIOLOGÍA** (Ver Cuestionario **HEMSTOP**)**▣ Servicio de Cardiología**

- **Anemia / Sangrado:**
- **Alergias:**
- **Antiagregación:** Sí / No | **Conducta:**
- **Anticoagulación:** Sí / No | **Conducta:**
- **Estratificación del Riesgo Clínico (ACC/AHA Task Force):**
.....
- **Estratificación de Riesgo de Procedimiento Quirúrgico No Cardíaco (ACC/AHA Task Force):**
.....
- **Observaciones:**
.....
- **Evaluar HEMSTOP:**
.....

📎 Otras Evaluaciones y Recomendaciones

- **INFECTOLOGÍA:**
.....
.....
.....
.....

Fecha/Firma: ____/____/____

HEMATOLOGÍA:
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha/Firma: ____/____/____

- **HEMOTERAPIA:**
.....
.....
.....



.....
.....

Fecha/Firma: ____/____/____

- OTRA:

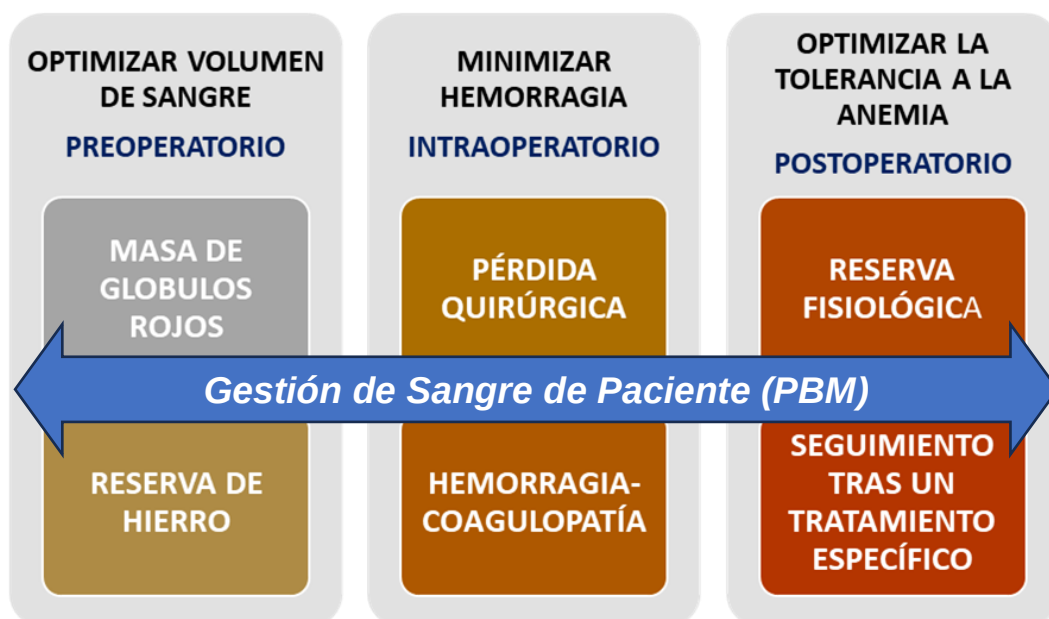
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha/Firma: ____/____/____

IMPORTANTE

Clínica San Camilo adhiere el **Programa Gestión de Sangre del Paciente (Patient Blood Managment)**, una estrategia multimodal basada en tres pilares, que debe ser contemplada como parte de la etapa perioperatoria del paciente.

Siendo un programa transversal en nuestra Institución y que es parte de la Cultura de Calidad y Seguridad del paciente, garantizando los tres pilares estratégicos que lo conforman.





A completar de forma obligatoria por el Cirujano Tratante:

- Su cirugía se encuentra programada para el día/...../..... a las hs.
- Horario de presentación para **Internación:** hs.
- **Ayuno estricto de SÓLIDOS:** No ingerir alimentos sólidos ni lácteos por 8 horas previas.
Ayuno desde las hs.
- **LÍQUIDOS permitidos:** Puede tomar agua e infusiones (té, mate, con azúcar, **sin leche** ni edulcorante) hasta 2 horas antes de la cirugía (suspender a las hs.).

- **Medicación habitual (Indicación explícita):**

.....

.....

.....

.....

- **Condiciones específicas para el Baño Prequirúrgico:**

.....

.....

.....

.....

📞 **Cancelaciones:** Si requerís suspender la cirugía, comunícalo inmediatamente a tu cirujano y a **Secretaría de CIRUGIA** al teléfono **4858-8192**.

🤒 **Síntomas clínicos:** Si entre las 48 y 72 horas previas presentas fiebre, tos, mucosidad o síntomas gripales, **infórmale a tu cirujano a la brevedad**.

IMPORTANTE:

Cómo proceso de seguridad durante su internación será consultado para verificación de Identidad Nombre, Apellido y DNI, el cual será confrontado con su pulsera de identificación como con la documentación relacionada con su Historia Clínica.



COMPLETAR POR CIRUJANO

Tipo de Cirugía:..... | Fecha: ____ / ____ / ____

- Rasurado en zona: NO / SÍ | Especificar:.....
- Cumple Ayuno: NO / SÍ | Última ingesta realizada a las:..... hs.
- Profilaxis:.....

.....
.....
.....

Otras indicaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha:/...../.....

Firma y Sello del Profesional: _____

 **POLÍTICA DE SEGURIDAD INSTITUCIONAL:** Durante toda tu internación, el personal de salud validará activamente tu identidad consultando en reiteradas oportunidades tu Nombre, Apellido y número de DNI. Esta información será cruzada de forma estricta con tu pulsera identificatoria y tu Historia Clínica electrónica para garantizar tu máxima seguridad asistencial.