



Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIACO

Antes de someterme a esta prueba, tuve una entrevista con un médico para determinar si tengo una afección que contraindique realizar esta prueba.

1. Mi médico, Dr. _____ me ha derivado para que se me realice esta prueba de ejercicio. Se me informó que es un estudio realizado comúnmente y que ayudará a determinar la presencia de enfermedades en mis vasos sanguíneos y/o evaluar la efectividad de la terapia actual.
2. Existe la posibilidad de que vayan a ocurrir ciertos cambios en mi cuerpo y/o sistemas corporales durante este procedimiento, tales como: ritmo cardíaco muy rápido o muy lento, palpitaciones, mareos, una respuesta de presión sanguínea anormal, leve falta de aliento, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca y muerte (lo cual es raro) con este procedimiento. Se llevarán a cabo todos los esfuerzos para minimizar estas consecuencias mediante exámenes preliminares y observación durante la prueba. Estará presente durante todo el procedimiento un técnico capacitado. En caso de haber una emergencia, se encuentra disponible equipo y personal capacitado para lidiar con cualquier situación poco usual. El médico me ha informado que la tasa de complicaciones graves en general es baja y la información de diagnóstico que se puede obtener supera los riesgos del procedimiento.
3. Entiendo que voy a caminar sobre una máquina trotadora motorizada. Durante el desarrollo de la prueba, estaré bajo la observación de un médico y su técnico capacitado. La cantidad del esfuerzo o mi esfuerzo pueden ir en aumento, en la mayoría de los casos, hasta que se logre un ritmo cardíaco predeterminado. Puede que se controlen varios parámetros antes, durante o después del período de ejercicio. Estos pueden incluir cualquiera o todos los siguientes: pulso cardíaco, presión sanguínea y electrocardiograma. El ejercicio se detendrá cuando el médico supervisor considere que se ha logrado el nivel de ejercicio apropiado, que yo presento respuestas anormales consideradas importantes por el médico, o si me siento incapaz de continuar con la prueba.
4. Entiendo que mi médico pueda necesitar administrarme un agente de contraste no radiactivo durante mi prueba o procedimiento.
5. Consiento a cualquier medida necesaria para corregir toda complicación que pueda ocurrir. Asumo todos los riesgos y efectos perjudiciales en relación con esta prueba de ejercicio. Se me han explicado todos los riesgos y beneficios de esta prueba, y los entiendo plenamente. Se me han explicado todas las alternativas y las entiendo. HE LEÍDO DETALLADAMENTE LAS DECLARACIONES ANTERIORES Y DOY MI CONSENTIMIENTO A LA PRUEBA SEGÚN SE HA DESCRITO.

Firmado: Fecha: ____ Hora: ____ AM I PM

Testigo: _____

He explicado minuciosamente el procedimiento anterior y sus riesgos y consecuencias al paciente o a la persona autorizada para dar el consentimiento por el paciente, quien ha indicado que las entiende y ha dado su consentimiento al procedimiento.

Firma del médico: _____ Hora: ____ AM/ PM



Nombre del paciente (escriba con letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento _____

ESTUDIO DE PERFUSIÓN FARMACOLÓGICA INTRAVENOSA

Con el fin de determinar un plan adecuado de tratamiento, consiento por el presente a participar voluntariamente en una prueba que determinará el estado de mi corazón y circulación. La información así obtenida ayudará a mi médico a indicarme las actividades que puedo practicar. Antes de pasar por esta prueba también seré examinado por un médico para determinar si tengo una condición la cual indicaría que no debería realizar esta prueba.

Durante el proceso de la prueba se me darán medicamentos intravenosos por 20 segundos los cuales “esencialmente” ejercitarán mi corazón. El médico o su observador capacitado tendrán en observación mi ritmo cardíaco, presión sanguínea y electrocardiograma. Existe la posibilidad de ciertos cambios durante la prueba lo cual incluye presión sanguínea anormal, desmayos y afecciones del corazón. Se llevarán a cabo todos los esfuerzos para minimizar estos cambios mediante los exámenes preliminares y la observación durante la prueba. Se encuentra disponible equipo de emergencia y el personal capacitado para lidiar con las situaciones anormales que puedan surgir.

La información obtenida será tratada como privilegiada y confidencial y no se le entregará a ninguna otra persona sin mi consentimiento por escrito.

He leído detalladamente la información, y se han contestado a mi satisfacción todas las preguntas que pueda haber tenido.

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE

MÉDICO QUE SUPERVISA LA PRUEBA

TESTIGO