



CONSENTIMIENTO PARA ERGOMETRIA / ECO STRESS

Paciente:

Fecha:

.....

1- Autorizo por la presente al Hospital Británico y al Dr.
y a sus asociados o colaboradores y/o quienes ellos designen a realizar una prueba de esfuerzo en mi persona.

2- Entiendo que este estudio consiste en efectuar un ejercicio progresivo ya sea caminando/ trotando arriba de una banda deslizante o pedaleando sobre una bicicleta estacionaria. El grado de esfuerzo será incrementado en forma gradual hasta que lo determine el médico o aparezcan síntomas como fatiga, falta de aire o dolor de pecho que me obliguen a detenerme; o bien puedo dar por finalizada la prueba cuando yo quiera. La prueba será controlada por un médico entrenado que vigilará mi pulso, presión arterial y electrocardiograma durante el transcurso de la misma.

3- En raras ocasiones durante este procedimiento pueden ocurrir mareos, desmayos, presión arterial anormal (muy alta o muy baja), alteraciones del ritmo cardíaco (muy lento, muy rápido, irregular o inefectivo) y **excepcionalmente** puede ocurrir un ataque cardíaco y aún un paro cardíaco. Entiendo que estos riesgos, aunque excepcionales, pueden ocurrir a pesar de la estricta vigilancia y observación de los cuidados técnicos.

4- Entiendo que este procedimiento ha sido indicado y recomendado porque el riesgo de complicaciones es muy bajo comparado con los importantes beneficios para mi salud que pueden resultar de la información obtenida por estos medios.

5- En virtud de lo precedente se me ha dado la elección de aceptar o no la realización de este estudio. Asimismo, autorizo cualquier procedimiento médico y/o quirúrgico que sea requerido como medida de emergencia para corregir cualquier complicación surgida.

6- Asimismo, autorizo a cualquiera de los integrantes del servicio de cardiología a utilizar los datos obtenidos de este estudio, con fines científicos y/o para presentar donde los profesionales consideren pertinentes.

.....
Firma del paciente / familiar

.....
Aclaración

7 - Dejo constancia que le he explicado al paciente en forma detallada del procedimiento, las eventuales complicaciones y consecuencias, y le he ofrecido la oportunidad para aclarar todas las dudas planteadas al respecto.

.....
Firma del Profesional

.....
Sello