



**CENTRO DOCENTE CARDIOLOGICO
BOLIVARIANO ARAGUA**

Fecha: _____

Nº de Estudio: _____

LLENE CON SUS DATOS

Nombre del Paciente: _____

CI: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Medico Referente: _____

Diagnostico: _____



CENTRO DOCENTE CARDIOLOGICO BOLIVARIANO ARAGUA

Tifs.: 0243 – 241.29.35 Ext. 289

PRUEBA DE ESFUERZO

INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES

FECHA DE CITA: _____ HORA: _____ a.m.

1. Traer orden médica.
2. Debe ingerir una comida ligera por lo menos 2 horas antes del estudio (1 galleta ó 1 sándwich, 1 vaso de jugo)
3. No tomar café ni bebidas gaseosas (colas), no ingerir licor 24 horas antes del estudio.
4. No fume por lo menos 3 horas antes del estudio.
5. No realizar esfuerzos extenuantes y vigorosos 24 horas antes del estudio.
6. Debe asistir obligatoriamente con: **ZAPATOS DEPORTIVOS CERRADOS, PANTALONES CORTOS O SHORT, FRANELAS O MONO DEPORTIVO.**
7. Traer una Toalla.
8. Si usted toma medicamentos **NO LOS SUSPENDA** a menos que su medico tratante le indique suspender alguno en particular.
9. Los caballeros deben **RASURARSE** el **TORAX** desde los hombros hasta 5cm por debajo del ombligo.
10. Si usted dispone de estos exámenes: laboratorio, RX de tórax y ecocardiograma, favor traerlos (no es obligatorio).
11. Venir acompañado por algún familiar.
12. Debe de disponer por lo menos de 2 horas para permanecer en la institución.

NOTA: Sea puntual, no falte a la cita, si no puede asistir por favor avise para darle una nueva cita.



CENTRO DOCENTE CARDIOLOGICO BOLIVARIANO DE ARAGUA
HOSPITAL CARDIOVASCULAR
UNIDAD DE PRUEBAS NO INVASIVAS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
PRUEBA DE ESFUERZO.**

Para determinar mi respuesta cardiovascular al ejercicio, estoy de acuerdo en participar en una prueba de esfuerzo. La información obtenida sobre mi corazón y circulación, será de ayuda para mi doctor, en aconsejarme, sobre las actividades físicas en la cual yo puedo participar. Se me explicó, que antes de estar en la prueba, seré interrogado y examinado por un médico en un intento por determinar, si estoy en una condición que indique que yo no debería participar en la prueba. Se me explicó que la prueba que realizaré, será llevada a cabo con una banda rodante (conocida como "caminadora"), con gradual incremento en el esfuerzo (velocidad e inclinación), hasta la aparición de síntomas tales como fatiga, dificultad para respirar, o dolor en el pecho, que pueden aparecer, indicando que yo debería parar. Se me ha explicado ciertos cambios que pueden ocurrir durante la prueba, incluyendo presión sanguínea anormal, desmayo, electrocardiograma anormal (demostrando el esfuerzo del corazón), desórdenes de los latidos cardíacos (rápidos, lentos, o inefectivos), y la baja probabilidad de ataque cardíaco.

Yo he leído lo escrito arriba, lo he entendido, además que he cumplido con las instrucciones indicadas previas al estudio, y mis preguntas han sido respondidas, a mi entera satisfacción.

Nombre: _____

Médico supervisor de la prueba: _____

Testigo: _____

Fecha: _____