

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ergometría

Se ponen en su conocimiento consideraciones importantes acerca del documento que se le presenta a continuación:

¿Qué es? El consentimiento informado es la manifestación de voluntad que emite el paciente, o un familiar y/o allegado (estos últimos de manera excepcional), según al caso, para que se le lleve a cabo una intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender la información pertinente que se le suministra.

Acceso a la información: Los instamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimientos y/o tratamientos aconsejados por los profesionales de la salud. Tenga presente que es su derecho informarse y su deber hacernos saber su comprensión.

Características de la Ciencia Medicina: No es posible garantía de curación o resultado de ninguna índole con respecto al éxito del tratamiento a realizar, esto se explica en que la Medicina es una ciencia no exacta y en la individualidad propia de cada paciente, por lo que pueden presentarse resultados no satisfactorios, a pesar de haberse empleado los mismos medios que logran el objetivo esperado en la mayoría de los casos tratados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Quien suscribe
DNI , con domicilio en calle
de la ciudad de

Que siendo persona capaz y mayor de edad, requiero y consiento formalmente, luego de una decisión libre e informada, que se me realice el estudio diagnóstico-pronóstico denominado **Ergometría Convencional**. A tales efectos, presto mi consentimiento para que dicha práctica médica se me realice en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar la que corresponda] , llevada adelante por el Dr/a
y su equipo.

Que mis antecedentes personales son:

Declaro que he realizado el presente estudio diagnóstico-pronóstico con anterioridad **SI / NO** [tachar la que no corresponda].
En caso afirmativo, indicar fecha y lugar:

Información (art. 59 CCyC, ley 26529): Que declaro que he recibido información, la que se me ha explicado en términos claros y sencillos, sobre:

- Mi actual estado de salud,
- Naturaleza e implicancias que sobre mi salud tiene el estudio a realizarme,
- **Objeto-características:** Es una prueba de esfuerzo físico con fines diagnósticos y/o pronósticos para evaluar la respuesta cardiovascular al esfuerzo físico controlado, sirve además para valorar la capacidad global de mi organismo ante dicho esfuerzo y poder medir el consumo de oxígeno respirado. Este test puede detectar enfermedades cardíacas.
- **Forma de realización:** Se realiza caminado sobre una cinta rodante o en bicicleta ergométrica. Mientras tanto se aumenta progresivamente la velocidad, la pendiente o ambas de la cinta o el nivel de carga de la bicicleta, en períodos de tiempo determinados. Durante toda la prueba se controla la presión arterial, la frecuencia del pulso y el electrocardiograma para analizar sus variaciones. La prueba se detendrá si aparecen síntomas o signos alarmantes.
- **Riesgos:** Pueden existir síntomas (cansancio, mareo, angina de pecho, dolor de piernas) o signos (hipertensión arterial) que se aliviarán o desaparecerán al cesar la actividad física. En ciertos casos de enfermedad coronaria importante pudiera presentarse trastornos del ritmo cardíaco graves, sincope y muy ocasionalmente infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca. El riesgo de muerte es excepcional (1 por 10.000).

- En mi caso particular deberé tener en cuenta los siguientes posibles riesgos:
- Las **alternativas** del presente estudio diagnóstico (ej. ergometría con isótopos), sus beneficios y perjuicios en relación al presente procedimiento.

Revocación: Que comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento sin expresión de causa.

Que en función de todo lo expuesto, habiendo comprendido en su totalidad la información que se me suministró, en lenguaje claro y sencillo, así como se me ha permitido evacuar todas las dudas y realizar las preguntas que consideré necesarias, comprendiendo que los beneficios derivados de la realización del presente estudio son superiores a los posibles riesgos, presto mi consentimiento informado para la que se me realice la prueba de esfuerzo físico denominada **ergometría convencional** bajo la atención del Dr/Dra., así como su equipo profesional en el Hospital/Sanatorio/Clínica [marcar lo que corresponda], atento que considero que es la mejor alternativa para mi salud psico-física actual.

Fecha: / /

Datos del Familiar de Referencia:

.....
Nombre y Apellido

.....
Domicilio

.....
Teléfono

.....
Firma y Aclaración
Paciente

.....
Firma y Sello
Médico tratante