

CARDIOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TEST ERGOMÉTRICO

Nombre del paciente:

nº de historia:

Nombre del médico que le informa:

Fecha:

En qué consiste:

Esta prueba consiste en realizar ejercicio de pedaleo en un cicloergómetro en la medida que se considere necesario para un correcto diagnóstico o tratamiento, a fin de comprobar la función cardíaca ante un esfuerzo.

Riesgos típicos:

La realización de la prueba tiene una incidencia baja de complicaciones. Excepcionalmente su puede producir parálisis cerebral, e incluso mortalidad.

Riesgos personalizados:

-
-
-
-

Alternativas posibles:

-
-
-
-

Declaro que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que me han explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento.

Estoy ***satisfecho*** con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia, doy mi Consentimiento para realizar el test ergométrico.

Nombre del paciente

Firma del Médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que interviene (padre, madre, tutor, etc.).

Nombre del representante legal

Firma

D.N.I.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha revoco el consentimiento prestado para la realización del test ergométrico.

Firma del paciente

Firma del médico

Nombre del representante legal en caso de incapacidad de la paciente, con indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor, etc)

Nombre del representante legal

Firma del representante legal

D.N.I.