**Unidad de**
**Medicina del Deporte**

Dr. Miguel Chiacchio
Medicina de la Educación
Física y el Deporte
Colegiado 070703711

**Consentimiento informado para prueba de esfuerzo (ergometría)**

Este documento intenta explicar las cuestiones del procedimiento y complicaciones más frecuentes. Léalo atentamente y consulte con el médico sus dudas. Deberá firmar este consentimiento para poder realizar dicha prueba.

**Explicación de la prueba**
Usted realizará una prueba de esfuerzo, ya sea en bicicleta o en una cinta rodante. El nivel de esfuerzo aumentará progresivamente incrementando su frecuencia cardiaca hasta que se alcancen los criterios médicos estandarizados de finalización de la misma (si aparecen signos de alarma, si no puede más o lo solicita, si se llega al máximo). Suele terminarse por cansancio muscular, dolor en las piernas o fatiga, que desaparecen al terminar el esfuerzo. Durante la prueba se monitorizará y registrará su frecuencia cardiaca, tensión arterial y electrocardiograma.

**Riesgos y molestias**
Existe la posibilidad de complicaciones durante la prueba que pueden incluir calambres en las piernas, mareo, una tensión arterial anormal, una alteración de los latidos cardíacos, y muy raramente, un ataque cardíaco. Para minimizar esas posibilidades, su electrocardiograma y respuestas generales al ejercicio serán estrechamente monitorizadas.

**Beneficios esperados**
Los resultados de este test de ejercicio ayudarán al diagnóstico, sospecha o exclusión de algunas de enfermedades cardíacas y en la evaluación de su capacidad física mediante su respuesta cardiovascular al ejercicio.

**Dudas**
Usted puede realizar cualquier pregunta acerca de la prueba. Si tiene alguna duda o pregunta, por favor, háganosla saber para poder explicársela.

**Libertad de consentimiento**
Su participación en esta prueba es voluntaria. Usted es libre de negarse a realizarla si lo desea.

Yo, …… como paciente (o representante legal) con DNI

número …….. con pleno uso de mis facultades, manifiesto entender los procedimientos explicados con respecto a la prueba de esfuerzo y consiento en la participación en la misma. También consiento aquellas maniobras o intervención no informada que fuese necesaria o aconsejable para la realización del procedimiento o por posibles complicaciones. Estoy satisfecho/a con la información brindada. Doy mi consentimiento al Dr. Miguel Chiacchio para realizar tal prueba. Si durante la prueba siento molestias o dolor, lo comunicaré al médico presente. Puedo revocar este documento, antes de la realización de la prueba o durante su transcurso, sin que suponga un perjuicio para mi persona.

**Firmas**

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Paciente | Padre/Madre | Testigo |

Fecha _____ Médico _____

Consultas Médicas Juaneda Bellver. Camilo José Cela 18 bajos. 07014 Palma de Mallorca. Islas Baleares. Tel 971450003 miguelchiacchio@medicodeldeporte.es