

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Ley General de Salud 26842)
CAMINATA DE LOS 6 MINUTOS

Hospital.....
Servicio Asistencial..... **Nº H.C.**.....
Apellidos y Nombres.....
D.N.I...... **Fecha**.....
Diagnostico.....
Teléfono.....

Como paciente, familiar o representante legal en el caso de paciente incapacitado, tiene derecho a ser informado para que en forma voluntaria acepte o rechace el presente consentimiento para realizarse una Ecocardiografía Transtorácica.

INFORMACIÓN GENERAL.

La Caminata de los 6 minutos, es una prueba funcional no invasiva para pacientes con enfermedad del corazón y definir el grado funcional o capacidad aeróbica evaluando la distancia recorrida expresada en metros, comportamiento de la presión arterial durante la caminata, niveles de oxigenación durante la caminata, respuesta de la frecuencia durante la caminata y presencia o ausencia de síntomas durante la prueba permitiendo al medico diagnosticar capacidad funcional aeróbica, efectividad del tratamiento indicado, control periódico de la evolución de la enfermedad.

COMO SE REALIZA LA PRUEBA?

Se realiza en un ambiente implementado para este tipo de exámenes, usted. tendrá que caminar en un espacio físico señalizado, controlado y supervisado por personal medico especializado, se le colocara un manguito en el brazo derecho o izquierdo según defina el especialista que realice la prueba y un aparato en uno de los dedos para determinar la oxigenación digital durante la prueba. Usted caminara lo que pueda durante 6 minutos; de fatigarse o cansarse o presentar algún problema que le obligue detenerse debe avisarle al especialista para que le brinde una silla y pueda recuperar alivio y luego continuar hasta finalizar la prueba que dura 6 minutos.

COMO DEBO PREPARARME PARA LA PRUEBA?

Debe presentarse a la hora programada, habiendo tomado sus medicamentos de acuerdo al horario indicado por su medico tratante y recomendable no ingerir alimentos 2 horas antes del procedimiento. Ducharse previamente y presentarse con ropa limpia. Después del procedimiento retomar sus actividades cotidianas diarias.

¿CUALES SON MIS RIESGOS?

Antes de iniciar la prueba será evaluado por el personal especializado que realizara la prueba Durante la prueba puede presentarse arritmias cardiacas e hipotensión arterial que provoquen síntomas como palpitaciones, falta de aire, mareos, desmayo, dolor de pecho y hasta un paro cardiaco que pueda comprometer la vida del paciente. En tal sentido la prueba es realizada y supervisada por personal especializado que tomara todas las medidas preventivas que en cada caso consideren oportunas y podrá suspender la prueba si aparecieran signos o síntomas que puedan ocasionar cualquier riesgo o complicación al momento de realizar la prueba.

Mediante la presente, en calidad de paciente o representante legal del paciente, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, en cumplimiento de la ley general de Salud Ley N° 26842 declaro haber recibido y entendido la información brindada de este examen no invasivo en forma respetuosa y clara. Se me ha mencionado que requiero una Prueba de la caminata de 6 minutos para evaluar y determinar el estado real de mi capacidad funcional y establecer la distancia en metros en que puedo desempeñar mi vida diaria.

De la misma manera entiendo que tengo la facultad de revocar este consentimiento y no aceptar la realización de dicho procedimiento en cualquier momento posterior a la firma del presente documento.

Manifiesto que me considero satisfecho con la información recibida y comprendo la indicación, beneficios y probables riesgos que podría desprenderse de dicho acto medico y en tales condiciones otorgo mi consentimiento para que se me realice la Prueba de la caminata de los 6 minutos descrita.

Firma del paciente o Representante Legal
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:.....

Firma y Sello del Medico informante
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:
CMP:
RNE.....

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO

Firma del paciente o Representante Legal
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:.....

Firma y Sello del Medico informante
Nombres y apellidos.....
.....
.....
DNI:
CMP:
RNE.....