

CARDIOLAB LTDA

Autorización para realización de **ECOCARDIOGRAMA ESTRES EJERCICIO**

1. Por la presente autorizo al Dr. _____ del servicio de cardiología y a los asistentes de su servicio a realizar en el paciente _____ con C.C.No _____ edad _____ el procedimiento de **ECOCARDIOGRAMA ESTRÉS EJERCICIO**
2. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este procedimiento, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos en particular arritmias cardiacas, infarto de miocardio, crisis de hipertensión arterial o muerte.
3. Entiendo que en el desarrollo del procedimiento pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo a la realización de estos procedimientos si es necesario.
4. finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

De acuerdo al decreto 457 de 2020 (aislamiento social preventivo), se informa al paciente que teniendo en cuenta el momento epidemiológico relacionado con la pandemia de SARS CoV-2, existe un riesgo de contagio al no cumplir con el aislamiento social indicado por las autoridades nacionales. Sin embargo, para minimizar al máximo dicho riesgo, se toman todas las medidas de protección incluidos protocolos de desinfección y uso de elementos de protección personal (gorro,bata,guantes,tapabocas,careta asi como lavado e higiene de manos).

El paciente manifiesta entender y aceptar los riesgos.

FIRMA Y CC DEL PACIENTE

FIRMA Y CC DE PERSONA RESPONSABLE

Parentesco:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del procedimiento mencionado en el numeral 2 y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable me han formulado.

Fecha

Firma del medico