

CARDIOLAB LTDA
SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización para realización de **PRUEBA DE ESFUERZO CONVENCIONAL**

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 _____
el procedimiento de **PRUEBA DE ESFUERZO**.
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