

## DOCUMENTO INFORMATIVO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ERGOMETRÍA O PRUEBA DE ESFUERZO

### 1.- ¿Qué es?

Es una prueba para la valoración funcional del deportista y en casos de pacientes con problemas cardiológicos es una prueba con fines diagnósticos.

### 2.- ¿Para qué sirve?

Para la evaluación y control de las capacidades funcionales en sujetos sanos que practican actividad física y permite estudiar la respuesta del corazón al ejercicio físico controlado.

### 3.- ¿Cómo se realiza?

Existen distintos protocolos según el deporte, categoría y modalidad deportiva.

Durante la prueba se controla frecuencia cardiaca, electro, ventilación, gases, potencia o velocidad y si fuese necesario presión arterial.

### 4.- ¿Qué riesgos tiene?

En personas sanas el riesgo no es significativo, pero en cardiópatas el riesgo de accidente grave o muerte es de 1 de cada 10.000.

Pueden existir síntomas (mareo) o signos (hipertensión arterial) que cederán o desaparecerán al cesar la actividad física.

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, debido a situaciones clínicas y circunstancias particulares de los pacientes, son excepcionales en deportistas sanos.

Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería están capacitados y disponen de los medios para tratar de resolverlas.



D./D<sup>a</sup>.: \_\_\_\_\_ con D.N.I./Pasaporte nº: \_\_\_\_\_

D./D<sup>a</sup>.: \_\_\_\_\_ con DNI/Pasaporte nº: \_\_\_\_\_  
como representante legal (padre/madre/tutor) de D.

Doy mi consentimiento para ser sometido a

Una prueba de esfuerzo con el fin de evaluar su capacidad funcional o diagnóstico cardiológico.

Otros \_\_\_\_\_

Para ello, declaro no tener conocimiento de que padezca ninguna enfermedad que lo contraindique y haber sido informado del protocolo a realizar y de los posibles riesgos que este tipo de pruebas implican.

Asimismo, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, de 13 de Diciembre, **autorizo** al Centro Andaluz de Medicina del Deporte al uso reglamentario con fines asistenciales de mis datos personales y reservándome los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos.

FECHA:	FIRMA
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:	

FECHA:	FIRMA
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:	

FECHA:	FIRMA
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:	

