

Fecha: ____/____/____

Yo _____, identificado con (CC) (CE) número _____, en calidad de paciente, autorizo a CIFEL Centro de Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico a realizar la prueba CAMINATA DE 6 MINUTOS, la cual acepto voluntariamente y soy consciente de que tiene un objetivo diagnóstico.

Certifico que he recibido la información necesaria respecto a la prueba, y han sido resueltas las inquietudes frente al procedimiento:

Es muy importante que usted lea y entienda los siguientes puntos sobre la realización de esta prueba:

1. Antes de iniciar la prueba, informe al terapeuta los antecedentes médicos importantes.
3. La realización de la prueba y su decisión sobre aceptarlo es totalmente voluntaria.
4. La caminata de 6 minutos es una prueba de esfuerzo de carga constante, que mide la distancia que una persona puede caminar en un periodo de tiempo de seis minutos, esto se hace con paso rápido, sobre una superficie plana y dura. El objetivo es evaluar la capacidad funcional del paciente para hacer ejercicio.
5. Si tiene algún interrogante con relación de la prueba, hágalo al terapeuta que realiza el procedimiento.
6. Durante la prueba puede presentarse los siguientes síntomas y son causas para suspender la prueba: Dolor en el pecho, dificultad para respirar de manera intolerable, caída de la saturación por debajo de 85%, calambres musculares, marcha tambaleante, mareos o vértigo, palidez o sudoración súbita. Se tomarán todas las medidas necesarias para su estabilización si aparecen alguno de estos signos o síntomas, que puedan ocasionar riesgo al momento de realizar la prueba.
7. Los resultados de este procedimiento podrán ser utilizados con fines de investigación, garantizando en todo momento confidencialidad absoluta de sus datos personales.
8. Usted tiene libertad de decidir si no quiere que se le realice el procedimiento en cualquier momento y solicitar suspenderlo.

Autorización a mi familiar y/o cuidador

Ante la imposibilidad de mi familiar _____ identificado con (CC) (CE) número _____, yo _____ identificado con (CC) (CE) número _____ en mi calidad de cuidador, autorizo a CIFEL Centro Investigación en Fisiatría y Electrodiagnóstico para realizar el procedimiento arriba mencionado, certificando lo descrito en los párrafos anteriores.

Firma del paciente o responsable

Nombre:

CC:

Teléfono:

Firma del Terapeuta

Nombre:

RM: