**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA**

**PRUEBA DE ESFUERZO MÁXIMA CON LACTATO**

1. **EXPLICACIÓN**

Usted realizará una prueba de esfuerzo máxima que suele durar entre 8 y 12 min. aproximadamente en un tapiz (cinta), unido a un electrocardiógrafo para monitorizar su corazón durante toda la prueba. La intensidad del ejercicio comienza con un nivel que pueda controlar de manera fácil y se incrementará la carga en periodos de tiempo iguales cada 3 minutos hasta cuando sienta que ha llegado a su máximo esfuerzo. Al inicio y entre los periodos de carga se tomará una muestra de sangre mínima del lóbulo de la oreja para medir el lactato, además se tomará la presión arterial. Se puede interrumpir la prueba cuando lo desee por sentir fatiga extrema o cualquier molestia, también el médico puede detener la prueba si ve algo anormal en los registros cardiacos.

1. **RIESGOS Y MOLESTIAS**

Existe la posibilidad de que puedan aparecer síntomas como palpitaciones, mareos o cansancio y/o calambres en las piernas; también puede haber de manera brusca aumento o disminución de la presión arterial. En raras ocasiones, dolor torácico anginoso, síncope, arritmias ventriculares que implican la terminación de la prueba. Es excepcional que una complicación deje secuelas. Si aparecen complicaciones, el personal médico y de enfermería están capacitados y disponen de los medios para tratar de resolverlas.

1. **RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE**

Comparta con el personal de la clínica la información sobre su estado de salud y cualquier sensación no habitual que experimente durante el desarrollo de la prueba, ya que, de no hacerlo, puede afectar a su seguridad y al valor de aquella.

Usted es responsable de revelar completamente esta información antes y durante la prueba.

1. **BENEFICIOS ESPERADOS DE LA PRUEBA**

Lo primero es comprobar su salud cardiovascular a través de la respuesta del corazón y la tensión arterial al ejercicio controlado. Además de valorar la producción de lactato que permiten establecer los umbrales y zonas de entrenamiento, para realizar su deporte favorito con tranquilidad.

1. **PREGUNTAS**

Le animamos a formular cualquier duda sobre los procedimientos utilizados en la prueba de esfuerzo o en la estimación de su capacidad funcional. Si tiene dudas o preguntas, por favor pídanos otras explicaciones.

1. **LIBERTAD DE CONSENTIMIENTO**

Su autorización para realizar esta prueba de esfuerzo es voluntaria. Usted es libre de negar el consentimiento o de detener la prueba en cualquier momento.

He leído este formulario y comprendido los procedimientos de la prueba.

Consiento voluntariamente participar en esta prueba.

Fecha: Hora:

 Dr. Omar Ortiz Cuba

Firma del Deportista Medicina del Deporte

 CMC 111109061