



INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

EJERCICIO ESTUDIO DE PERFUSION MIOCARDIACA (MPS)

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Horario: _____

- Por favor venga a: 1701 Solar Dr., 150 (Solar Plaza)
Oxnard, CA 93030
(805) 278-4020
- **NO TOME/COMA** ningún producto que contenga **CAFEINA** o **NICOTINA** durante **24 HORAS** antes de la prueba. (café, café descafeinado, té, chocolate, refrescos y algunos medicamentos como Excedrin y Anacin)
- **NO TOME** ningún medicamento para la presión arterial **24HORAS** antes de su cita. (Vea detrás de esta forma para la lista de estos medicamentos.)
- Por favor, espere por lo menos **TRES (3) HORAS** para esta prueba. Esto no es una prueba difícil. Sin embargo, toma algún tiempo para complete todos los pasos.
- **NO TOME/COMA** nada **CUATRO (4) HORAS** antes de la prueba.
- **Traiga algo pequeño a comer a su cita.** Comida después de la inyección de material de imagen ayuda a la calidad de imagen.
- Use ropa suelta y cómoda.
Las mujeres, por favor, use dos juegos de ropa separados arriba y al fondo, NO vestidos.
Asegúrese de traer zapatos deportivos.

**SI USTED NO PUEDE ASISTIR AL HORARIO DE SU CITA,
POR FAVOR LAME PARA CAMBIAR LA CITA AL MENOS DE 24 HORAS ANTES**



Nitro-Patch (No debe tomarse 24 horas antes del examen, A MENOS QUE SE INDIQUE POR SU MEDICO)

Beta-Blockers (No debe tomarse 24 horas antes del examen, A MENOS QUE SE INDIQUE POR SU MEDICO)

Acebutolol (Sectral)

Atenolol (Tenormin, Tenoretic)

Betaxolol (Kerlone)

Bisoprolol (Zebeta, Ziac)

Carteolol (Cartrol)

Carvedilol (Coreg)

Esmolol (Brevibloc)

Labetalol (Trandate, Normodyne)

Metoprolol (Toprol, Lopressor, Lopressor HCT)

Nadolol (Corgard)

Penbutolol (Levadol)

Pindolol (Visken)

Propranolol (Inderal, Inderide LA)

Sotalol (Betapace)

Timolol (Blocadren, Timolide)

Bystolic

Bloqueadores de los Canales de Calcio (No debe tomarse 24 horas antes del examen, A MENOS QUE SE INDIQUE POR SU MEDICO)

Amlodipine (Norvasc)

Felodipine (Plendil)

Isradipine (DynaCirc)

Nicardipine (Cardene)

Nifedipine (Procardia XL, Adalat CC)

Nisoldipine (Sular)

Bepidil (Vascor)

Verapamil (Isoptin, Calan, Verelan)

Diltiazem (Cardizem CD, Cardizem SR, Dilacor XR, Tiazac)



CONSENTIMIENTO QUE HA SIDO INFORMADO (Dado por el Paciente)

A fin de evaluar la capacidad y desempeño funcional de mi corazón, los pulmones, y/o los vasos sanguíneos, Yo consiento voluntariamente hacerme un examen de ejercicio.

Yo entiendo que antes de hacer esta prueba se me harán preguntas y seré examinado por un médico, y un electrocardiograma será grabado para verificar si estoy en condición de hacer la prueba. Después de esto, caminaré y/o correré sobre una plataforma móvil, con la velocidad y/o la elevación aumentando cada 2 o 3 minutos hasta que el agotamiento, falta de aliento, dolor de pecho, y/o otros síntomas son tales que el ejercicio debe interrumpirse. Mi electrocardiograma será grabado mientras yo hago el ejercicio.

Yo entiendo que los **RIESGOS** de dicho examen incluyen las posibilidades de cambios en el ritmo de corazón, cambios en la sangre, desmayos, y aun la remota posibilidad de un ataque al corazón – en particular si entiendo que si tomo un regaderazo caliente inmediatamente después del examen de ejercicio vigoroso. Se me ha asegurado que la supervisión profesional me protegerá lo mas posible contra lesiones al proveer de **medidas preventivas** apropiadas, y que el evento de que estas precauciones sean insuficientes en una emergencia, tendré a mi disposición tratamiento hospitalario.

También entiendo que los **BENEFICIOS** del examen incluyen una evaluación cuantitativa de mis capacidad laborable, y una evaluación crítica de los desordenes o enfermedades que perjudican mi capacidad, y que este entendimiento facilita un tratamiento apropiado y un pronostico preciso de acontecimientos cardiacos subsecuentes.

Se me ha asegurado que tengo el derecho en terminar esta prueba de ejercicio en cualquier momento, y que mi información confidencial no se dará sin mi consentimiento a personas que no sean médicos (tales como agentes de seguros y sus patrones), y que mi bienestar será protegido.

- 1) ¿Ha leído Ud. Esta forma? SI _____ NO _____
- 2) ¿Ha comprendido Ud. Lo que leyó? SI _____ NO _____
- 3) ¿Tiene Ud. preguntas? SI _____ NO _____

(FIRMA DEL PACIENTE)

(FECHA)

(NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE)

(# DE CUENTA)

(FIRMA DEL DESTIGO)

(FECHA)



CARDIOLOGY ASSOCIATES

MEDICAL GROUP, INC.

Jeffrey C. Brackett, M.D., F.A.C.C.
Alon A. Steinberg, M.D., F.A.C.C.
Shaun T. Patel, M.D., F.A.C.C.
Omid Fatemi, M.D., F.A.C.C.

Jonathan W. Dukes, M.D., F.A.C.C.
Craig S. Mansour, M.D., F.A.C.C.
Robert Sogomonian, M.D., F.A.C.C.
Matthew Hakimi, M.D.

Brian Martinez, PA-C
Julie Morantz, PA-C
Savannah Harris, ACNP-C
Dane Petersen, AGPCNP-BC

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Medico Solicitante: _____

1. ¿Ha tenido alguna cafeína en las últimas 24 horas? ☐ NO ☐ SI,
Si es así, por favor indique que y a qué hora _____
2. ¿Alguna vez has tenido un ataque al Corazón? ☐ NO ☐ SI, si es así, ¿cuando? _____
3. ¿Alguna vez has tenido una Angioplastia? ☐ NO ☐ SI, si es así, ¿cuando? _____
4. ¿Ha tenido una cirugía a Corazón Abierto? ☐ NO ☐ SI, si es así, ¿cuando? _____
5. ¿Fuma usted actualmente? ☐ NO ☐ SI
6. ¿Alguna Vez ha experimentado o ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes opciones:
☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Hipertensión ☐ Colesterol Alto
☐ Antecedentes familiares de enfermedades del Corazón, antes de la edad 55
7. ¿Ha estado teniendo dolor en el pecho/presión o síntomas relacionados?
(mandíbula, cuello, garganta, brazos, espalda, etc...) ☐ NO ☐ SI, si es así, por favor indique
• Ocurren los síntomas... ☐ en paz ☐ con esfuerzo ☐ ambos
• Se alivian sus síntomas... ☐ con nitroglicerina ☐ en paz ☐ ambos ☐ ninguno
8. ¿Por qué su doctor ordeno este examen? _____

Lista de los medicamentos que ha tomado durante las últimas 24 horas:

Cuestionario adicional para los ***Pacientes Femeninos***:

1. Estas... (Marque la casilla correspondiente)
☐ Posmenopáusica
☐ Pre menopáusicas, quirúrgicamente estéril, (eg, histerectomía, ligadura de trompas, etc.
☐ Pre menopáusicas, no estériles quirúrgicamente,
Si es así, esta o cree que pueda estar embarazada ☐ NO ☐ SI
2. Fecha de su último periodo menstrual fue: _____
3. ¿Alguna vez has tenido una mastectomía? ☐ NO ☐ SI, si es así, por favor indique
☐ Derecho ☐ Izquierda ☐ Implantes ☐ Prótesis
4. ¿Está actualmente amamantando? ☐ NO ☐ SI