

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REHABILITACIÓN CARDIACA

EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La rehabilitación cardíaca es un programa personalizado de educación en salud y ejercicio físico. El programa está supervisado y diseñado para mejorar la salud de las personas con enfermedades cardíacas.

La rehabilitación cardíaca incluye:

- Evaluación médica para establecer los objetivos y el diseño de tu programa adaptado a sus características personales.
- Entrenamiento de ejercicios físicos: caminar, andar en bicicleta, remar, trotar, levantar pesas, etc. de 2 a 3 veces por semana, en función de la situación personal del paciente.
- Apoyo psicológico para ayudar a aprender formas saludables de controlar el estrés, ansiedad, u otros sentimientos.
- Educación sobre un estilo de vida saludable para el corazón. Este consiste en cómo llevar una dieta nutritiva para controlar hipertensión, colesterol, el peso, etc. y sobre el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, etc).

El equipo de tratamiento está formado por cardiólogo, enfermera, rehabilitador, fisioterapeuta, psicólogo, etc. que colaborará con usted para establecer los objetivos y diseño del programa de rehabilitación cardíaca adaptado a sus necesidades.

La finalidad de esta intervención es mejorar su calidad de vida diaria, disminuir el riesgo de futuros problemas cardíacos y evitar que la afección cardíaca empeore.

CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

Este procedimiento no tiene consecuencias graves o de importancia que se den en todos los casos.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Los riesgos de este procedimiento derivan de la realización de ejercicio físico entre los que se encuentran las molestias musculares o articulares, agotamiento o la aparición rara de mareos, síncope, trastornos del ritmo cardíaco, angina o infarto de miocardio.

Si durante el entrenamiento o en las actividades diarias sufre dolores, mareo, sudoración fría, malestar general etc. deberá informar al profesional del programa.

RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

☐ No tiene ☐ Diabetes ☐ Obesidad ☐ Hipertensión

☐ Anemia ☐ Edad Avanzada ☐ Tabaquismo ☐ Tratamiento anticoagulante

☐puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

No hay alternativas para este procedimiento que puedan mejorar su situación.

AUTORIZACIÓN PARA “REHABILITACIÓN CARDIACA”

Yo, D./D^a , como representante legal en calidad de “ tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre” del paciente debido a “Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad”, cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D^a , así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En , a

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de:

Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte:

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En , a

Firma del representante legal: