

## **INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

### **Nota Informativa**

El objetivo del programa es la mejoría de diferentes indicadores de su enfermedad, así como su condición física.

Para ello, usted realizará un programa de actividad física adaptado a sus necesidades y posibilidades que podrá incluir ejercicios respiratorios 4 o cinco días a la semana, ejercicios aeróbicos o de resistencia tres o cuatro veces a la semana (para mejora cardiovascular fundamentalmente) como anaeróbicos o de fuerza otras dos veces a la semana (encaminados a la mejoría muscular básicamente)

Los ejercicios a realizar son sencillos y usted aprenderá a realizarlos sin dificultad gracias a las explicaciones de personal sanitario así como de un folleto informativo y vídeos elaborados especialmente para este fin.

### **Posibles riesgos**

Es muy posible que surjan molestias o efectos indeseables a lo largo del programa. Estas molestias generalmente serán de tipo muscular (cansancio y agujetas), e irán cediendo con la mejoría de su forma física, no obstante, si fueran muy marcadas o desproporcionadas con respecto a la intensidad de esfuerzo, le recomendamos que interrumpa el programa y consulte a su médico.

Si las molestias fuesen en forma de palpitaciones, dificultad respiratoria,... interrumpa el programa y consulte a su médico.

Si las molestias llegasen a ser en forma de opresión precordial, taquicardia o síntomas de carácter respiratorio que no ceden con el reposo deberá acudir al servicio de urgencias que le corresponda.

Se minimizarán estos riesgos mediante la evaluación previa de su situación clínica mediante la revisión de la de la información preliminar referente a su estado de salud, a su estado físico y también por medio de diferentes pruebas realizadas en el CEREMEDE previamente al inicio del programa.

### **Responsabilidades del paciente**

Deberá facilitar al médico responsable del programa de ejercicio físico toda la información que posea sobre el estado de su salud o experiencias anteriores de sensaciones inusuales o extrañas durante actividades que conlleven un esfuerzo físico. Es Vd. el responsable de decir esa información (estado de salud actual, antecedentes médicos tanto personales como familiares) cuando se le pregunte durante la consulta médica o durante la realización de cada una de las pruebas que se le realizarán.

### **Riesgos personalizados:**

....

### **Beneficios que se esperan**

El objetivo del programa es la mejoría de diferentes indicadores de su enfermedad, así como su condición física.

### **Preguntas**

Cualquier pregunta sobre los procedimientos utilizados será respondida por el personal sanitario que le atienda. Si tiene alguna duda o pregunta, por favor pídenos más información.

### **Libertad de consentimiento**

Su permiso para realizar el Programa de Ejercicio Físico prescrito por el médico del CEREMEDE es voluntario. Es libre de suspender dicho programa cualquier momento, pero le rogamos que nos los comunique para anular las posibles citas pendientes.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

D/Dª....., mayor de edad, con  
DNI:.....

En el caso de menores o por incapacidad o renuncia a la toma de decisión, actuando en representación de ....., en calidad de.....)

**MANIFIESTO:**

Que he leído la hoja de información y he sido informado/a por el Dr./Dra .....  
En fecha ..... (y que me ha sido entregada copia de la información)  
del procedimiento "**PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA**" e  
igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización  
(complicaciones más frecuentes). He comprendido toda la información que se me ha proporcionado  
y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

**CONSIENTO:**

Realizar el Programa de Ejercicio Físico que se me prescriba en el CEREMEDE y las pruebas  
complementarias necesarias. Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Firmo dos ejemplares en....., a..... de..... de 20

Firma del paciente

Firma del representante legal

Firma del facultativo

He decidido REVOCAR mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.

Firma del paciente o persona autorizada

Firma del testigo

Firma del facultativo

**Firmar solo en caso de revocar el consentimiento previo**

fecha: