

## EJERCICIO PRUEBA DE ESFUERZO CON CARDIOLITE

Nombre de el paciente: \_\_\_\_\_

SU EXAMEN SE LLEVARA ACAVO EL: \_\_\_\_\_ A las: \_\_\_\_\_

2149 E Baseline Rd Ste 103 Tempe, AZ 85283 480-345-0034

10440 E. Riggs Rd Ste 220 Sun Lakes, AZ 85248 480-345-0034

### INSTRUCCIONES:

#### \*\*\*\*\*NADA DE CAFEINA 24 HORAS ANTES DE SU EXAMEN\*\*\*\*\*

- Eso incluye cafe,te,soda, chocolate, y productos descafeinados.
- Sera requerido cambiar la fecha de su examen si consume cafeina.
- Favor de comer 2 horas antes de su examen.
- Por favor de aumentar su consumo de agua 2 dias antes de su examen.
- Permita entre 4 horas para su examen.
- No use metal de ningún tipo en el pecho el día de la prueba.
- Use zapatos cerrados y ropa cómoda para hacer ejercicio.

Por favor pare de tomar estos medicamentos **24** horas antes de su examen:

- Cardizem
- Diltiazem
- Verapamil

Por favor pare de tomar estos medicamentos **48** horas antes de su examen:

- Atenolol
- Betapace
- Bystolic
- Carvedilol
- Inderal
- Labetalol
- Metoprolol
- Nadolol
- Propranolol
- Sotalolol
- Tenormin

\*\*\* cualquier otro medicamento que no este en la lista puede ser tomado normalmente.\*\*\*

**\*\*Por favor hable con 24 horas de anticipacion si necesita cancelar o cambiar la fecha para su examen. Habra un cargo de \$100 si no se presenta o cancela a ultimo momento. Este cargo tambien aplica si no sigue las intrucciones para su examen.\*\***

La cita para sus resultados es el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Yo reconosco y entiendo que e recibido estas instrucciones.

Nombre

Firma

Fecha