

## FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LAS EVALUACIONES DE APTITUD FÍSICA Y ENTRENAMIENTO AERÓBICO

Yo deseo voluntariamente participar en el programa de ejercicios aeróbicos que ofrece el Centro Kine-Terapéutico del Caribe. Este programa ha sido recomendado y aprobado por mi médico, el Doctor \_\_\_\_\_ de la Clínica

\_\_\_\_\_.

### **EXPLICACIÓN DEL PROGRAMA Y LAS EVALUACIONES A LLEVARSE A CABO:**

Antes de que ingrese a la sesiones de ejercicio del programa, se te realizarán unas evaluaciones clínicas, las cuales incluyen un historial médico, mediciones de la frecuencia cardiaca y presión sanguínea durante el reposo, y una prueba para la predicción de la capacidad aeróbica. La prueba funcional para estimar el consumo de oxígeno máximo se llevará a cabo en el cicloergómetro.

### **RIESGOS Y MOLESTIAS:**

Existe la posibilidad que ocurran ciertos cambios durante la prueba funcional, Tales como anomalías en la presión arterial, un pulso irregular e inefectivo, y en muy raras ocasiones ataque al corazón.

### **CONFIDENCIALIDAD:**

La información obtenida de las evaluaciones del programa será tratada en forma confidencial y no será revelada sin el consentimiento escrito del participante. Sin embargo, los datos podrán ser utilizados con propósitos estadísticos, siempre y cuando se respete el derecho de privacidad del participante y nunca se identifique el sujeto con los datos.

### **OBLIGACIONES DEL SUJETO:**

Puedes retirar tu consentimiento en cualquier momento sin temer perjuicio o penalidad contra tu persona en ninguna forma.

Si tiene alguna pregunta o duda en relación al estudio, comuníquese con el Prof. Edgar Lopategui (teléfono: 787-787-0000, extensión 001).

## **CONSENTIMIENTO:**

Entiendo que en caso de que sufra algún daño físico como participante del programa, no recibirá compensación económica, pero sí recibirá tratamiento médico sin costo alguno.

Certifico que he leído y comprendido lo escrito en esta hoja de consentimiento y que mis preguntas han sido contestadas en forma satisfactoria. Por lo tanto, mi participación en el programa.

Firmado:

\_\_\_\_\_  
**Participante**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**(En letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Director del Programa**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**