



# Cardiology of San Antonio, P.A.

2833 Babcock, Suite 210 San Antonio, Texas 78229 Tel: (210) 949-1300 Fax: (210) 949-1475

## Información al Paciente Sobre Su Prueba de Esfuerzo

Fecha de Cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM PM

**PARA CONFIRMAR SU CITA:** *Por favor llame a nuestra oficina al 949-1300 no más tarde de las 3pm el día anterior a su cita. Si a usted se le olvida, intentaremos llamarle al número que nos ha dado, sin embargo, si nosotros no recibimos confirmación verbal de usted para las 4pm, su cita será cancelada. !Por favor llame a nuestra oficina el \_\_\_\_\_ no más tarde de las 3pm!*

### Instrucciones Antes de la Prueba :

1. **La Prueba tomará entre 3 o 4 horas.**
2. **NO** coma o beba por 4 (cuatro) horas antes de la prueba. (Ejemplo: si su prueba es a las 8AM, usted no podrá comer o beber después de las 4AM; Si su prueba es a la 1PM, usted no podrá comer o beber después de las 9AM).
3. No tome sus medicinas por 12 horas antes de la prueba, esto incluye su parche de nitroglicerina.
4. **No beba productos con cafeína por 12 horas antes de la prueba, esto incluye: café, té, sodas, etc.**
5. **No use productos de tabaco (nicotina) por 12 horas antes de la prueba, esto incluye: parches de nicotina.**

### Instrucciones para Después de la Prueba:

1. El material radioactivo usado en su prueba nuclear es de muy pequeña cantidad y pronto pierde su radioactividad, aún así, este puede requerir un período de tiempo antes de que usted pare de dar niveles detectables de radiación. Si usted está planeando viajar y necesita pasar por cualquier punto de detección de seguridad (la frontera de los US, aeropuerto, etc.) por favor asegúrese de conseguir una carta de nuestra oficina que explicará la razón por la que usted se encuentra radioactivo..
2. Usted será notificado de sus resultados por teléfono no mas tarde de 2 semanas.

**NOTA:** Si usted falla en seguir las instrucciones de antes de la prueba, esto resultará en cancelación de su prueba y un cargo de \$200.00 por el medicamento y este cargo no lo paga su aserguranza.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Firma de Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Telefono # donde le llamaremos \_\_\_\_\_