



DALLAS
Heart & Vascular
CONSULTANTS

Imran Afridi, MD, FACC, RPVI
Gaurav Gupta, MD, FACC

Nombre Del Paciente: _____

Fecha: _____

Hora de su Llegada: _____

Lugar del Examen: 916 E. US Highway 67
Duncanville, TX 75137

Hora del Examen: _____

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN DE PRUEBA DE ESFUERZA NUCLEAR

- No coma o beba nada 4 horas antes del examen
- No tome cafeina despues de las 8 P.M un dia antes. Esto incluye café, te, chocolate, cocoa, cocas, y medicamento que incluyan cafeina por ejemplo, Anacin, Exedrin, Theophylline, etc.
- Si usa insulina, nadamas use la mitad de lo regular el dia del examen
- Si toma medicina oral de diabetis, nose la toma el dia del examen.: _____
- Si toma medicina beta-bloqueador por ejemplo Toprol (Metoprolol), Atenolol, Inderal (Propranolol) , Coreg(Carvedilol) or Nadolol y Bystolic, no se la tome 24 horas antes del examen.

(TRAIGASE SU MEDICINA DE LAPRESION)

- Continue con su rutina normal con el resto de las medicinas con un poco de agua.
- Pongase ropa comoda y tennis para caminar. **MUJERES: NOSE PONGA UN VESTIDO**
- **El examen dura aproximadamente de 3-4 horas para completarse.**
- Por favor de no traer ninos a esta cita.
- Por favor traiga algo de comer y beber que contenga cafeina si no toma café. Usted puede comer y beber café o una bebida con cafeina despues que complete la parte de esfuerzos. _____
- Por favor de no ponerse crema antes del examen
- **NOTA IMPORTANTE: Su medicina no sera ordenada asta que confirmemos verbalmente con usted un dia antes. Si usted no confirma verbalmente con nosotros, nosotros no ordenaremos su medicina para el examen y no podra continua con el examen. La medicina radioisotope es ordenada especificamente para usted y no se puede devolver. Nosotros vamos a colectar \$140 de deposito cuando agamos la cita para el examen. Si no puede ir a la cita nos tiene que avisar 24 horas antes o sele cobrara por la medicina radioisotope.**

Tipo de pago: Cheque Tarjeta de credito/debito Efectivo

Nombre en la tarjeta: _____ Credit Card #: _____

CV #: _____ Billing Zip Code: _____ Check Number: _____



DALLAS
Heart & Vascular
CONSULTANTS

Imran Afridi, MD, FACC, RPVI
Gaurav Gupta, MD, FACC

E leido la informacion de arriba y entiendo mis responsabilidades y obligaciones. Con firmar esta forma yo estoy de acuerdo en cumplir con lo anterior.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____