PIONEER CARDIOVASCULAR CONSULTANTS

MEHUL SHAH MD, RAJIV ASHAR MD, DHAVAL SHAH MD, ADHIRATH DOSHI MD

PRUEBA DE ESFUERZO NUCLEAR CON LEXISCAN

Nombre de el paciente: _____DOB:_____

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.**

- **Por favor de comer 2 horas antes de su examen**
- **Por favor de aumentar su consumo de agua 2 dias antes de su examen**
- **Puede traer una merienda lijera/botana con usted, la cual puede consumir cuando el technico se lo permita. También traiga una bebida con cafeína para la prueba de estrés posterior para ayudar con los efectos secundarios si es necesario**
- **Permita entre 2 horas para su examen.**
- **No use metal de ningún tipo en el pecho el día de la prueba**
- **Puede tomar sus medicamentos normalmente, almenos que el doctor le indique de otra manera.**
- **Por favor traiga una botella de agua.**

****Por favor hable con 24 horas de anticipacion si nececita 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 _____

- ☐ **2149 E Baseline Rd Ste 103 Tempe, AZ 85283**
- ☐ **10440 E. Riggs Rd Ste 220 Sun Lakes, AZ 85248**
- ☐ **4530 E Muirwood Dr Ste 105 Phoenix, AZ 85048**
- ☐ **2051 W Warner Rd Ste 19 Chandler, AZ 85224**

Yo reconosco y entiendo que e recivido estas instrucciones.

_____	_____	_____
Nombre	**Firma**	**Fecha**