



Red de Investigación en ejercicio físico y salud para poblaciones especiales (EXERNET)

**ESTUDIO MULTI-CÉNTRICO PARA LA
EVALUACIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA EN
PERSONAS MAYORES**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ha sido usted invitado/a a participar en una investigación financiada por el IMSERSO (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) que incluye la realización de una serie de test para evaluar su condición física y su composición corporal. Su participación es totalmente voluntaria. Si usted accede a participar, se le pedirá que realice una serie de test diseñados para la evaluación de su fuerza (extremidades superiores e inferiores), resistencia aeróbica, flexibilidad, agilidad y composición corporal. Estas evaluaciones incluyen actividades como andar, permanecer de pie y estirarse. El riesgo de llevar a cabo estas actividades es similar al riesgo de desarrollar ejercicios moderados y por tanto podría llegar a provocar fatiga, agujetas, esguinces, lesión muscular, mareos o desvanecimientos. Así mismo, existe el riesgo de sufrir una parada cardíaca, infarto o muerte súbita.

Si actualmente sufre alguno de los siguientes casos, usted no debería tomar parte en los test físicos a menos que un facultativo le autorizara por escrito a hacerlo:

- 1.- Su médico le ha desaconsejado la realización de ejercicio como consecuencia de alguna enfermedad.
- 2.- Ha sufrido recientemente un fallo cardíaco
- 3.- Actualmente cuando realiza ejercicio sufre dolor articular, dolor en el pecho, mareos o angina de pecho (incluyendo los siguientes síntomas: rigidez-opresión en el pecho, dolor o sensación de pesadez)
4. Tiene presión arterial descontrolada (160/100 o superior)

Durante la realización de los test se le pedirá que los realice dentro de su “zona de confort” y nunca se le presionará hasta un punto de sobresolicitud o por encima de lo que usted crea es seguro. Comuníquese a la persona que le evalúa si tiene algún síntoma o sensación extraña como pérdida de aliento, mareo, dolor en el pecho, taquicardias, entumecimiento, pérdida de equilibrio, náuseas o visión borrosa.

Si como consecuencia de la realización de los test sufriera cualquier lesión, el personal que lleva a cabo los test únicamente está autorizado a darle los primeros auxilios y atenciones básicas. Posteriormente será usted mismo quien deberá buscar tratamiento en su propio médico si lo necesitara.

Recuerde que siempre puede dejar de realizar las pruebas en el momento que usted lo desee y así lo solicite. Mediante la firma de este consentimiento usted asume:

- 1.- Que ha leído el contenido completo de este documento. Que conoce el propósito de los test y los posibles riesgos que puede sufrir.
- 2.- Está de acuerdo en controlar su esfuerzo físico durante la realización de los test y está de acuerdo en parar y comunicar al instructor cualquier anomalía o síntoma inusual.

La información y datos recogidos en los diferentes cuestionarios realizados durante este estudio respetarán siempre lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Mi firma abajo indica que he tenido la oportunidad de preguntar y recibir contestación a cualquier pregunta y que libremente decido dar consentimiento para realizar las pruebas anteriormente citadas.

Nombre y Firma del participante _____

Nombre y Firma del Investigador Principal del Proyecto:



(Dr. Ignacio Ara Royo)

Nota: Documento traducido y adaptado de Rickly & Jones (2001)