



## INSTRUCCIONES PARA EL PARTICIPANTE Y REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

MESA ID: \_\_\_\_\_

MÉDICO: **Karol Watson, MD, PhD**

FECHA DE INICIO:     /     /     HORA: \_\_\_\_\_

QUITAR EL PARCHÉ: ☐ El médico recetó una duración de \_\_\_\_\_ días  
☒ El paciente deberá usarlo durante el mayor tiempo posible (hasta 14 días)

FECHA EN QUE SE LO QUITÓ:     /     /

COLOQUE AQUÍ LA ETIQUETA ADHESIVA CON EL CODIGO DE BARRAS



## **ESTÁ BIEN SI...**

- Los bordes del parche ZIO® XT se desprenden o se levantan. Trate de presionar los bordes para que se adhieran de nuevo.
- Siente algo de picazón.

## **LLAME AL 626-979-4920 SI...**

- El parche ZIO® XT se cae.
- Siente picazón o irritación grave.
- El parche ZIO® XT emite una luz intermitente anaranjada. Esto no significa que tenga un problema en el corazón, sino que el parche no está bien adherido.

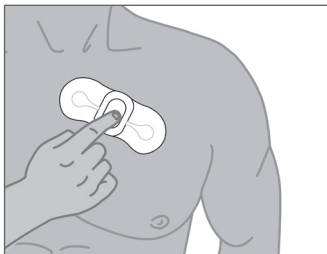
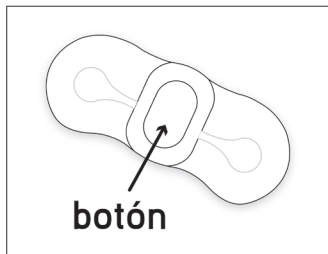
**VAYA A LA PÁGINA 2 PARA VER  
MÁS PREGUNTAS FRECUENTES**

# INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

---

## **Durante el registro:**

Use el parche ZIO® XT durante sus actividades diarias normales, incluso mientras se ducha o cuando duerme. La experiencia de uso es diferente para cada paciente y depende del nivel de actividad, la sudoración y la preparación de la piel cuando se aplicó el parche.



Cada vez que sienta un síntoma, presione el botón y luego complete una página del Registro de usos del botón.

## **Al final del período de participación:**

Consulte las instrucciones para quitarse el parche y devolverlo que se encuentran al final de este folleto.

## **PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DEL PARCHE ZIO® XT**

---

### **¿Cuánto tiempo debo usar el parche ZIO® XT?**

Use el parche ZIO® XT de acuerdo con el tiempo de uso indicado por su médico, pero no más de 14 días. **NOTA:** según las experiencias de uso individuales, su tiempo de uso real puede ser menor que el indicado.

### **¿Qué hace el parche ZIO® XT?**

El parche ZIO® XT registra todos los latidos del corazón. Su médico usará los datos del parche ZIO® XT para observar su ritmo cardíaco y determinar un tratamiento adecuado.

### **¿Qué debo hacer si el parche ZIO® XT se desprende?**

Llame al Centro UCLA al 626-979-4920.

## **PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DEL PARCHE ZIO® XT (CONTINUACIÓN)**

---

### **¿Qué debo hacer si siento un síntoma?**

Presione el botón y luego complete una página del Registro de usos del botón de este folleto.

### **¿Qué sucede si olvido presionar el botón cuando siento un síntoma?**

Si bien es importante que presione el botón, el parche ZIO® XT registra todos los latidos del corazón.

### **¿Qué sucede si presiono el botón pero olvido anotar la información en este folleto?**

Si bien la información ingresada en el Registro de usos del botón es útil, el hecho de que presione el botón indica que, en ese momento, sintió un síntoma.

## **PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DEL PARCHE ZIO® XT (CONTINUACIÓN)**

---

### **¿Qué sucede si no tengo síntomas?**

No importa. El parche ZIO® XT registra todos los latidos del corazón.

### **¿Puedo hacer ejercicio mientras uso el parche ZIO® XT?**

Sí, pero la sudoración excesiva puede acortar el tiempo de uso.

### **¿Puedo ducharme con el parche ZIO® XT colocado?**

Sí, pero las duchas deben ser breves. No permita que el parche ZIO® XT entre en contacto con jabones o lociones. Cuando se seque con una toalla, sujete el parche ZIO® XT con una mano. Oprima el parche ZIO® XT contra la piel para asegurarlo.

## **PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DEL PARCHE ZIO® XT (CONTINUACIÓN)**

---

### **¿Puedo tomar un baño?**

Sí, pero mantenga el parche ZIO® XT sobre el agua.

### **¿Puedo nadar o entrar en un jacuzzi?**

No. El parche ZIO® XT no debe sumergirse en el agua.

### **¿Es normal que el parche ZIO® XT se mueva un poco de su posición original?**

Sí. El parche ZIO® XT podría moverse un poco de su posición original. Es posible que se vea un gel azul debajo de las alas del parche ZIO® XT.

## **PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DEL PARCHE ZIO® XT (CONTINUACIÓN)**

---

### **¿Es normal sentir irritación en la piel o picazón en la zona del parche ZIO® XT?**

Algunos pacientes dicen sentir una leve irritación de la piel, picazón, o ambas cosas, mientras usan el parche ZIO® XT. Si la irritación o la picazón es grave, o aparecen urticaria o llagas, llame al Centro UCLA al 626-979-4920.

### **¿Es normal que las alas del parche ZIO® XT se enturbien?**

Sí, es posible que las alas del parche ZIO® XT se enturbien después de algunos días de uso.

### **¿Qué actividades debo evitar?**

Las actividades que causan sudoración excesiva pueden dar lugar a que el parche ZIO® XT se deslice, se afloje o se desprenda, y se acorte el tiempo de uso.

## **PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DEL PARCHE ZIO® XT (CONTINUACIÓN)**

---

### **¿Cómo sé si el parche ZIO® XT está funcionando?**

Cuando se lo aplicaron, el personal del consultorio de su médico se aseguró de que el parche ZIO® XT funcionara correctamente. Si funciona bien, el parche ZIO® XT no emite una luz intermitente ni hace ruido.

## **PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DEL PARCHE ZIO® XT (CONTINUACIÓN)**

---

### **¿Qué sucede si el parche ZIO® XT emite una luz intermitente de color anaranjado mientras lo uso?**

Si observa que el parche ZIO® XT emite una luz intermitente anaranjada, no significa que tenga un problema en el corazón, sino que el parche no está bien adherido.

Ejerza una presión uniforme sobre el parche ZIO® XT de 3 a 5 minutos. Si la luz intermitente persiste o vuelve a aparecer, llame al Centro UCLA al 626-979-4920.

### **¿Puedo viajar con el parche ZIO® XT colocado?**

Sí. Si le preguntan durante una inspección de seguridad, muestre la declaración que figura en las páginas 10 (Español) y 11 (Inglés).

## **PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DEL PARCHE ZIO® XT (CONTINUACIÓN)**

---

### **Me quité el parche ZIO® XT y emite una luz intermitente anaranjada. ¿Está bien?**

El parche ZIO® XT puede emitir una luz intermitente anaranjada después de que se lo quite. Puede enviar el parche por correo mientras aún emite la luz intermitente. Consulte las instrucciones para la devolución al final de este folleto.

### **¿Cómo devuelvo el parche ZIO® XT?**

Puede llevar el paquete al correo, dejarlo en un buzón (azul) del Correo de los EE. UU., o entregárselo a su cartero. Consulte las instrucciones para quitarse el parche y devolverlo que se encuentran al final de este folleto.

### **¿A quién debo llamar si tengo preguntas acerca del parche ZIO® XT?**

Llame al Centro UCLA al  
626-979-4920.

## **ADVERTENCIA**

---

**El parche ZIO® XT no proporciona ningún tipo de asistencia médica y no puede comunicarse con el personal médico por usted.**

### **DECLARACIÓN PARA INSPECCIONES DE SEGURIDAD**

---

Esta persona tiene colocado un parche ZIO® XT de iRhythm indicado por su médico. Este dispositivo está adherido al tórax del paciente y le monitorea el corazón. Solamente se lo puede quitar siguiendo las instrucciones de su médico.

Si tiene preguntas, comuníquese con el Centro Clínico de iRhythm llamando al

**1.888.693.2401**

las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

## WARNING

The ZIO XT patch will not provide any medical assistance and cannot contact medical personnel for you.

## SECURITY SCREENING STATEMENT

.....

This person is wearing an iRhythm Zio XT Patch prescribed by their physician. This device is currently adhered to the patient's chest and is monitoring their heart. It can only be removed under the direction of their physician.

If you have any questions, please contact the  
iRhythm Clinical Center at

**1-888-693-2401**

24 hours/day, 7 days/week.

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

### Presioné el botón el día...

05 / 29 / 13

07 : 45 ☒ AM  
☐ PM

### ...porque sentí:

- |                                                                 |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansiedad                               | <input type="checkbox"/> palpitaciones                                       |
| <input type="checkbox"/> dolor u hormigueo en el brazo o cuello | <input checked="" type="checkbox"/> pulsaciones rápidas o latidos acelerados |
| <input type="checkbox"/> dolor u opresión en el pecho           | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> mareo                       | <input type="checkbox"/> latidos irregulares                                 |
| <input type="checkbox"/> desvanecimiento                        | <input type="checkbox"/> otra cosa (describa):                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> sensación de leve mareo     |                                                                              |

### ...durante:

- |                                                   |                                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 min o menos | <input type="checkbox"/> 1 hora o menos |
| <input type="checkbox"/> 10 min o menos           | <input type="checkbox"/> Más de 1 hora  |

### ...mientras estaba

describa la actividad levantándome de la cama

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /

:    AM  
 PM

### ...porque sentí:

- |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansiedad                               | <input type="checkbox"/> palpitaciones                            |
| <input type="checkbox"/> dolor u hormigueo en el brazo o cuello | <input type="checkbox"/> pulsaciones rápidas o latidos acelerados |
| <input type="checkbox"/> dolor u opresión en el pecho           | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar                 |
| <input type="checkbox"/> mareo                                  | <input type="checkbox"/> latidos irregulares                      |
| <input type="checkbox"/> desvanecimiento                        | <input type="checkbox"/> otra cosa (describa):                    |
| <input type="checkbox"/> sensación de leve mareo                | <input type="text"/>                                              |

### ...durante:

- |                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 min o menos  | <input type="checkbox"/> 1 hora o menos |
| <input type="checkbox"/> 10 min o menos | <input type="checkbox"/> Más de 1 hora  |

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /        :    AM  
  PM

### ...porque sentí:

- |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansiedad                               | <input type="checkbox"/> palpitaciones                            |
| <input type="checkbox"/> dolor u hormigueo en el brazo o cuello | <input type="checkbox"/> pulsaciones rápidas o latidos acelerados |
| <input type="checkbox"/> dolor u opresión en el pecho           | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar                 |
| <input type="checkbox"/> mareo                                  | <input type="checkbox"/> latidos irregulares                      |
| <input type="checkbox"/> desvanecimiento                        | <input type="checkbox"/> otra cosa (describa):                    |
| <input type="checkbox"/> sensación de leve mareo                | <input type="text"/>                                              |

### ...durante:

- |                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 min o menos  | <input type="checkbox"/> 1 hora o menos |
| <input type="checkbox"/> 10 min o menos | <input type="checkbox"/> Más de 1 hora  |

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /        :    AM  
  PM

### ...porque sentí:

- |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansiedad                               | <input type="checkbox"/> palpitaciones                            |
| <input type="checkbox"/> dolor u hormigueo en el brazo o cuello | <input type="checkbox"/> pulsaciones rápidas o latidos acelerados |
| <input type="checkbox"/> dolor u opresión en el pecho           | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar                 |
| <input type="checkbox"/> mareo                                  | <input type="checkbox"/> latidos irregulares                      |
| <input type="checkbox"/> desvanecimiento                        | <input type="checkbox"/> otra cosa (describa):                    |
| <input type="checkbox"/> sensación de leve mareo                | <input type="text"/>                                              |

### ...durante:

- |                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 min o menos  | <input type="checkbox"/> 1 hora o menos |
| <input type="checkbox"/> 10 min o menos | <input type="checkbox"/> Más de 1 hora  |

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /

m m

d d

a a

:

h h

m m

☐ AM  
☐ PM

### ...porque sentí:

- ☐ ansiedad
- ☐ dolor u hormigueo en el brazo o cuello
- ☐ dolor u opresión en el pecho
- ☐ mareo
- ☐ desvanecimiento
- ☐ sensación de leve mareo

- ☐ palpitaciones
- ☐ pulsaciones rápidas o latidos acelerados
- ☐ dificultad para respirar
- ☐ latidos irregulares
- ☐ otra cosa (describa):

### ...durante:

- ☐ 1 min o menos
- ☐ 1 hora o menos
- ☐ 10 min o menos
- ☐ Más de 1 hora

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

## Presioné el botón el día...

m m / d d / a a      h h : m m      AM PM

## ...porque sentí:

- |                          |                                              |                          |                                                |
|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ansiedad                                     | <input type="checkbox"/> | palpitaciones                                  |
| <input type="checkbox"/> | dolor u hormigueo<br>en el brazo o<br>cuello | <input type="checkbox"/> | pulsaciones<br>rápidas o latidos<br>acelerados |
| <input type="checkbox"/> | dolor u opresión<br>en el pecho              | <input type="checkbox"/> | dificultad para<br>respirar                    |
| <input type="checkbox"/> | mareo                                        | <input type="checkbox"/> | latidos irregulares                            |
| <input type="checkbox"/> | desvanecimiento                              | <input type="checkbox"/> | otra cosa (describa):                          |
| <input type="checkbox"/> | sensación de leve<br>mareo                   |                          |                                                |

...durante:

- ☐ 1 min o menos    ☐ 1 hora o menos  
☐ 10 min o menos    ☐ Más de 1 hora

## ...mientras estaba

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /

m m

d d

a a

:

h h

m m

☐ AM  
☐ PM

### ...porque sentí:

- ☐ ansiedad
- ☐ dolor u hormigueo en el brazo o cuello
- ☐ dolor u opresión en el pecho
- ☐ mareo
- ☐ desvanecimiento
- ☐ sensación de leve mareo

- ☐ palpitaciones
- ☐ pulsaciones rápidas o latidos acelerados
- ☐ dificultad para respirar
- ☐ latidos irregulares
- ☐ otra cosa (describa):

### ...durante:

- ☐ 1 min o menos
- ☐ 1 hora o menos
- ☐ 10 min o menos
- ☐ Más de 1 hora

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /

:    AM  
 PM

### ...porque sentí:

- |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansiedad                               | <input type="checkbox"/> palpitaciones                            |
| <input type="checkbox"/> dolor u hormigueo en el brazo o cuello | <input type="checkbox"/> pulsaciones rápidas o latidos acelerados |
| <input type="checkbox"/> dolor u opresión en el pecho           | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar                 |
| <input type="checkbox"/> mareo                                  | <input type="checkbox"/> latidos irregulares                      |
| <input type="checkbox"/> desvanecimiento                        | <input type="checkbox"/> otra cosa (describa):                    |
| <input type="checkbox"/> sensación de leve mareo                | <input type="text"/>                                              |

### ...durante:

- |                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 min o menos  | <input type="checkbox"/> 1 hora o menos |
| <input type="checkbox"/> 10 min o menos | <input type="checkbox"/> Más de 1 hora  |

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /

:    AM  
 PM

### ...porque sentí:

- |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansiedad                               | <input type="checkbox"/> palpitaciones                            |
| <input type="checkbox"/> dolor u hormigueo en el brazo o cuello | <input type="checkbox"/> pulsaciones rápidas o latidos acelerados |
| <input type="checkbox"/> dolor u opresión en el pecho           | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar                 |
| <input type="checkbox"/> mareo                                  | <input type="checkbox"/> latidos irregulares                      |
| <input type="checkbox"/> desvanecimiento                        | <input type="checkbox"/> otra cosa (describa):                    |
| <input type="checkbox"/> sensación de leve mareo                | <input type="text"/>                                              |

### ...durante:

- |                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 min o menos  | <input type="checkbox"/> 1 hora o menos |
| <input type="checkbox"/> 10 min o menos | <input type="checkbox"/> Más de 1 hora  |

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /        :    AM  
m m    d d    a a    h h    m m    PM

### ...porque sentí:

- |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansiedad                               | <input type="checkbox"/> palpitaciones                            |
| <input type="checkbox"/> dolor u hormigueo en el brazo o cuello | <input type="checkbox"/> pulsaciones rápidas o latidos acelerados |
| <input type="checkbox"/> dolor u opresión en el pecho           | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar                 |
| <input type="checkbox"/> mareo                                  | <input type="checkbox"/> latidos irregulares                      |
| <input type="checkbox"/> desvanecimiento                        | <input type="checkbox"/> otra cosa (describa):                    |
| <input type="checkbox"/> sensación de leve mareo                | <input type="text"/>                                              |

### ...durante:

- |                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 min o menos  | <input type="checkbox"/> 1 hora o menos |
| <input type="checkbox"/> 10 min o menos | <input type="checkbox"/> Más de 1 hora  |

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /        :    AM  
  PM

### ...porque sentí:

- |                                                                 |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ansiedad                               | <input type="checkbox"/> palpitaciones                            |
| <input type="checkbox"/> dolor u hormigueo en el brazo o cuello | <input type="checkbox"/> pulsaciones rápidas o latidos acelerados |
| <input type="checkbox"/> dolor u opresión en el pecho           | <input type="checkbox"/> dificultad para respirar                 |
| <input type="checkbox"/> mareo                                  | <input type="checkbox"/> latidos irregulares                      |
| <input type="checkbox"/> desvanecimiento                        | <input type="checkbox"/> otra cosa (describa):                    |
| <input type="checkbox"/> sensación de leve mareo                | <input type="text"/>                                              |

### ...durante:

- |                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 min o menos  | <input type="checkbox"/> 1 hora o menos |
| <input type="checkbox"/> 10 min o menos | <input type="checkbox"/> Más de 1 hora  |

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /

m m

d d

a a

:

h h

m m

☐ AM  
☐ PM

### ...porque sentí:

- ☐ ansiedad
- ☐ dolor u hormigueo en el brazo o cuello
- ☐ dolor u opresión en el pecho
- ☐ mareo
- ☐ desvanecimiento
- ☐ sensación de leve mareo

- ☐ palpitaciones
- ☐ pulsaciones rápidas o latidos acelerados
- ☐ dificultad para respirar
- ☐ latidos irregulares
- ☐ otra cosa (describa):

### ...durante:

- ☐ 1 min o menos
- ☐ 1 hora o menos
- ☐ 10 min o menos
- ☐ Más de 1 hora

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /

m m

d d

a a

:

h h

m m

☐ AM  
☐ PM

### ...porque sentí:

- ☐ ansiedad
- ☐ dolor u hormigueo en el brazo o cuello
- ☐ dolor u opresión en el pecho
- ☐ mareo
- ☐ desvanecimiento
- ☐ sensación de leve mareo

- ☐ palpitaciones
- ☐ pulsaciones rápidas o latidos acelerados
- ☐ dificultad para respirar
- ☐ latidos irregulares
- ☐ otra cosa (describa):

### ...durante:

- ☐ 1 min o menos
- ☐ 1 hora o menos
- ☐ 10 min o menos
- ☐ Más de 1 hora

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

---

### Presioné el botón el día...

/   /

m m

d d

a a

:

h h

m m

☐ AM  
☐ PM

### ...porque sentí:

- ☐ ansiedad
- ☐ dolor u hormigueo en el brazo o cuello
- ☐ dolor u opresión en el pecho
- ☐ mareo
- ☐ desvanecimiento
- ☐ sensación de leve mareo

- ☐ palpitaciones
- ☐ pulsaciones rápidas o latidos acelerados
- ☐ dificultad para respirar
- ☐ latidos irregulares
- ☐ otra cosa (describa):

### ...durante:

- ☐ 1 min o menos
- ☐ 1 hora o menos
- ☐ 10 min o menos
- ☐ Más de 1 hora

### ...mientras estaba

describa  
la actividad

## REGISTRO DE USOS DEL BOTÓN

## Presioné el botón el día...

m m / d d / a a    h h : m m    AM PM

## ...porque sentí:

<input type="checkbox"/> ansiedad	<input type="checkbox"/> palpitaciones
<input type="checkbox"/> dolor u hormigueo en el brazo o cuello	<input type="checkbox"/> pulsaciones rápidas o latidos acelerados
<input type="checkbox"/> dolor u opresión en el pecho	<input type="checkbox"/> dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> mareo	<input type="checkbox"/> latidos irregulares
<input type="checkbox"/> desvanecimiento	<input type="checkbox"/> otra cosa (describa):
<input type="checkbox"/> sensación de leve mareo	

**...durante:**

☐ 1 min o menos    ☐ 1 hora o menos  
☐ 10 min o menos    ☐ Más de 1 hora

## ...mientras estaba

## **ANÁLISIS DEL PARCHE ZIO® XT**

---

Su monitor del corazón del parche ZIO®XT es analizado en el Centro Clínico iRhythm en Lincolnshire, IL. El iRhythm es un Centro de Pruebas Diagnósticas Independiente (IDTF) dedicado a proporcionar servicios diagnósticos de primera clase. Como un IDTF, nosotros cumplimos con las Normas de Realización del Centro de Pruebas Diagnósticas Independiente de Medicare. Un vínculo con estas normas (42 C.F.R. section 410.33) puede encontrarlo en el sitio web de iRhythm: [www.irhythmtech.com](http://www.irhythmtech.com).

## **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

---

Después de sellar el dispositivo dentro de la caja del parche ZIO®XT, por favor, escriba su Número de ID del Sujeto en la línea arriba de la dirección de devolución.

## **AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

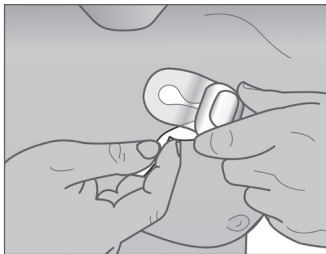
---

Como participante en su cuidado de salud, las leyes federales y estatales correspondientes nos exigen mantener la privacidad de su Información Protegida de Salud (PHI). Nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad completo se encuentra en [www.irhythmtech.com](http://www.irhythmtech.com). y describe nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos en relación con su PHI.

# CÓMO QUITARSE EL PARCHÉ ZIO® XT

---

- 1** Inclíne suavemente el centro del parche hacia arriba. Usando el removedor de adhesivo que se encuentra a la derecha, páselo entre la piel y el parche mientras desprende un lado desde el centro hacia afuera. Repita este paso para el otro lado, despegando desde el centro hacia afuera. Lave la piel con jabón suave, enjuague con agua y dé unas palmaditas hasta que quede seca.



## **CÓMO QUITARSE EL PARCHE ZIO® XT** (CONTINUACIÓN)

---

**2**

Pegue el parche ZIO® XT en el lugar indicado a la derecha. El parche se pegará solo.

**3**

Coloque todo este folleto y el parche en la caja de devolución con franqueo pagado. Cierre la caja con la cinta adhesiva que se incluye. Envíela de regreso por el servicio de correo de los EE. UU. tan pronto como sea posible.

**Si necesita ayuda, llame al Centro UCLA al  
1.626.979.4920**

REMOVEDOR  
DE ADHESIVO

1

**QUÍTESE EL  
PARCHE ZIO® XT**

2

**PEGUE AQUÍ EL  
PARCHE ZIO® XT**

(EL PARCHE ZIO® XT PODRÍA  
EMITIR UNA LUZ INTERMITENTE  
ANARANJADA)

3

CINTA



# iRhythm

**iRhythm Technologies, Inc.**

**Clinical Centers**

650 Townsend St., Suite 380  
San Francisco, CA 94103

2 Marriott Drive  
Lincolnshire, IL 60069

363 N. Sam Houston Parkway East  
Suite 125  
Houston, TX 77060

1.888.693.2401 | [irhythmtech.com](http://irhythmtech.com) | [@iRhythmTech](https://twitter.com/iRhythmTech)

**PRECAUCIÓN:** Las leyes federales (USA) restringen la venta de este dispositivo o la indicación de un médico.

**INDICACIONES PARA EL USO:** El parche ZIO®XT es para el uso de un solo paciente, solamente por prescripción, registrando continuamente el monitor de ECG y puede ser usado hasta por 14 días. Se indica para usar en pacientes que pueden ser asintomáticos o que pueden sufrir síntomas pasajeros, como palpitaciones, falta de aire, mareos, aturdimiento, pre-síncope, síncope, fatiga o ansiedad.

**CONTRAINDICACIONES:**

El parche ZIO®XT no tiene contraindicaciones conocidas.

**ADVERTENCIAS:**

No use el parche ZIO®XT en pacientes con reacciones alérgicas conocidas a los adhesivos o hidrogeles o tienen antecedentes familiares de alergias de la piel por los adhesivos; en combinación con desfibriladores cardiacos externos o equipos quirúrgicos de alta frecuencia; cerca de campos magnéticos potentes o dispositivos tales como MRI; en pacientes con neuro-estimuladores, ya puede alterar la calidad de los datos del ECG; en pacientes que no tienen capacidad para usar el dispositivo por el periodo de monitoreo prescrito. El parche ZIO®XT y la eficacia del sistema de análisis ZIO asociado no han sido establecidos en pacientes pediátricos (jóvenes menores de 18 años de edad).

SI NECESITA AYUDA, LLAME AL  
CENTRO COLUMBIA AL 212-305-9932