

PREPARACIÓN PARA PRUEBA DE INTOLERANCIA A LA LACTOSA

Se le ha programado una prueba de aliento de intolerancia a la lactosa el: _____ A las: _____ en la Suite 110

****Un cargo de cancelación de \$50.00 será facturado directamente al paciente por cualquier cita no cancelada con 48 horas de anticipación.**

Su médico cree que podría tener dificultades para digerir y absorber el azúcar de la leche, la lactosa. Hay una prueba sencilla e indolora que puede realizarse para ayudar a determinar lo bien que su cuerpo absorbe el azúcar. Requiere que se recoja parte del aliento que exhala después de beber una solución de azúcar de leche y agua. El aliento se analizará para detectar la presencia de hidrógeno, que no suele encontrarse a menos que no pueda absorber el azúcar de la leche que ha bebido.

PREPARACIÓN para la prueba:

1. Si lo tolera, deje de tomar medicamentos como: Miralax, Dulcolax, Docusate, Amitiza, Linzess, Leche de Magnesia, Ablandadores de Hece, Enzimas Digestivas, Lactasa, Metoclopramida, Domperidona **Y TODOS LOS DEMÁS LAXANTES Y MEDICAMENTOS DE PROMOCIÓN DE MOTILIDAD** 1 semana antes de la prueba. Por favor llame a la oficina si tiene preguntas.
2. No consuma alimentos ricos en fibra o de digestión lenta el día antes de la prueba. Por ejemplo: salvado, panes gruesos, nueces, semillas, legumbres, frutas, productos lácteos o verduras.
3. Sólo líquidos para cenar la noche antes de la prueba (4 horas antes de que comience el ayuno). Los líquidos permitidos son caldo de pollo, caldo de carne y agua.
4. No consuma alimentos sólidos, líquidos, medicamentos, goma de mascar pastillas de menta ni caramelos duros al menos 12 horas antes de la prueba. Sólo podrá beber sorbos de agua.
5. El día de la prueba puede cepillarse los dientes asegurándose de no tragar pasta dental. Por favor, no utilice enjuague bucal.
6. No fume por lo menos media hora antes de la prueba.
7. No duerma ni haga ningún ejercicio vigoroso por lo menos una hora antes, ni durante la prueba.
8. No tome antibióticos, ni probióticos como Align, Florastor, etc. durante las 4 semanas anteriores a la prueba. Notifique (o recuérdelo) al su médico o enfermero Practicante cualquier tratamiento reciente con antibióticos y/o diarrea líquida.

Cuando venga a hacerse la prueba, se le pedirá que beba una solución de azúcar y agua. A continuación, se tomarán muestras de su aliento exhalado a intervalos. Para propósitos de comparación, se le tomará una muestra de aliento antes de que beba la solución. El procedimiento es sencillo e indoloro y no requiere agujas. La prueba completa requiere varias muestras tomadas durante un periodo de 3 horas. Durante este tiempo, puede realizar actividades tranquilas mientras espera entre muestra y muestra. No puede ingerir alimentos ni líquidos durante la prueba.



AVISO PREVIO AL BENEFICIARIO

NOTA: Tiene que tomar una decisión sobre si desea recibir estos productos o servicios de atención de salud.

Es posible que su seguro médico no pague los servicios que se describen a continuación. El hecho de que su seguro no pague un servicio concreto no significa que no deba recibirlo. Puede haber una buena razón para que su médico se lo recomiende.

Servicios:

- Endoscopia por cápsula del intestino delgado – Código 91110 - \$2500.00
- SIBO/Prueba de aliento de glucosa/KBT – Código 91065 - \$300.00
- Prueba de aliento de lactosa – Código 91065 - \$300.00
- Prueba de aliento de fructosa – Código 91065 - \$300.00
- Prueba de aliento de Urea – H.Pylori – Código 78267 - \$150.00 – adquisición
 - Código 78268 - \$300.00 – análisis
 - Total \$450.00
- Fibroscan – Código 76981 - \$225.00

Diagnostico:

El propósito de este formulario es ayudarle a tomar una decisión informada sobre si desea o no recibir estos servicios, sabiendo que es posible que tenga que pagarlos usted mismo.

Si lo desea, puede ponerse en contacto directamente con su compañía de seguro y facilitarles la información indicada arriba sobre el servicio. La descripción del servicio, el código de procedimiento que se facturará, así como la tarifa que se cobraría se les puede dar a ellos para su aprobación previa.

La oficina presentará la reclamación a su seguro médico. Sin embargo, usted será plena y personalmente responsable del pago de este servicio si la compañía de seguros deniega el pago. **No se programará ninguna cita sin esta autorización firmada.**

Deseo recibir estos servicios. Acepto pagar personalmente por cualquier servicio denegado por mi compañía de seguros.

Fecha

Firma del Paciente