



ENDOSCOPIA POR CÁPSULA DEL INTESTINO DELGADO

Se le ha programado una endoscopia por cápsula del intestino delgado el:

_____ a las: _____
475 Franklin Street / Suite G10 / Framingham, MA 01702

Su médico ha determinado que, como parte de su evaluación médica, debe someterse a un examen conocido como Endoscopia por Cápsula. Este procedimiento consiste en ingerir la cápsula PillCam™ SB, que es una pequeña cámara, del tamaño de una píldora grande de vitaminas. Al pasar de forma natural por su sistema digestivo, toma imágenes del intestino. Las imágenes se transmiten al cinturón sensor, que se coloca en el abdomen. El cinturón sensor está conectado a un DataRecorder™ similar a un walkman, que guarda todas las imágenes y se encuentra en el cinturón sensor, que se lleva alrededor de la cintura. Luego de 8 horas, el cinturón sensor se retirará en la consulta para su procesamiento. La cápsula PillCam™ SB es desechable y se excretará de forma natural en las heces. En el caso poco frecuente de que no se excrete de forma natural, será necesario extraerla por vía endoscópica o quirúrgica. Si sabe que ha sufrido una obstrucción o estrechamiento intestinal, comuníquese a sus médicos gastrointestinales. Para que su médico obtenga la información más precisa de este examen, deberá seguir las siguientes instrucciones.

Por favor lea el material de este paquete en cuanto lo reciba, no espere hasta el día del examen.

1. Por favor traiga con usted a su procedimiento una lista de todos sus medicamentos actuales.
2. **Un cargo de cancelación de \$150.00 será facturado directamente al paciente por cualquier cita no cancelada con 48 horas de anticipación.**

Cuando fue programado este procedimiento, el seguro mostrado en su expediente era: _____
Si su seguro cambia, usted debe notificar a la oficina al 508-620-9200 por lo menos 14 días antes de su procedimiento.
Usted será responsable de cualquier cargo debido a causa de la falta de información correcta del seguro.

La preparación de su intestino para la Endoscopia por Cápsula del Intestino Delgado consiste en un lavado parcial del material de desecho antes del examen. Siga estas instrucciones al pie de la letra. Si tiene alguna pregunta sobre la preparación, no dude en llamarnos.

Hay algunos datos muy importantes que usted debe conocer:

COMPRE EN CUALQUIER FARMACIA

- 1) 1 frasco de Miralax (de venta libre / no necesita receta)
- 2) 1 frasco de Gotas Infantiles MYLICON (de venta libre / no necesita receta)

UNA SEMANA ANTES DE LA PRUEBA

- 1) Si toma suplementos de hierro, debe suspenderlos 7 días antes.

EL DÍA ANTES DE LA PRUEBA:

- 1) El día anterior al examen, beba sólo líquidos claros en el almuerzo y la cena. Los líquidos claros son aquellos a través de los cuales se puede ver. Los siguientes productos son los que se pueden utilizar en una dieta de LÍQUIDOS CLAROS: **Caldo, caldo, Ginger ale, Sprite, 7-up, jugo de manzana, jugo de uva blanca, agua, paletas congeladas, gelatina (no de color rojo o morado, sin fruta ni crema añadida) Café negro o té (puede llevar azúcar pero no leche ni crema).**
- 2) No ingiera nada por boca durante las 12 horas previas a su Endoscopia por Cápsula. Se permite beber agua a sorbos.
- 3) No tome ningún medicamento desde 2 horas antes de someterse a la Endoscopia por Cápsula.
- 4) **Lleve una prenda de ropa superior de fibra delgada y natural, como una camiseta, que sea lo suficientemente larga como para llegar al menos a la altura de la cadera y que no se suba por encima del cinturón.**
- 5) Absténgase de fumar 24 horas antes de someterse a la Endoscopia por Cápsula.
- 6) A las 6 pm de la tarde antes de su examen, mezcle 3 tapas de Miralax en un litro (4 vasos llenos de 8 onzas) de agua. Beba un vaso de 8 onzas cada 10-20 minutos. Debe beber todo el litro en 2 horas para que el preparado sea efectivo. Puede verterse sobre hielo. Añadir unas gotas de limón, o crystal light de limón puede hacer que sepa mejor.
- 7) Compre un frasco de Gotas Infantiles MYLICON (de venta libre) y tráigalo a la oficina el día del examen.

EL DÍA DE LA PRUEBA:

- 1) Llegue a su Endoscopia Capsular vestido con ropa holgada de dos piezas.
- 2) Tendrá una entrevista antes del procedimiento. Durante esta entrevista se le informará de que la Endoscopia por Cápsula está asociada a una pequeña posibilidad de obstrucción intestinal. Se le pedirá que dé su consentimiento informado.
- 3) Se le colocará el cinturón sensor en el abdomen y se conectará al DataRecorder™, que llevará alrededor de la cintura. A continuación, se le indicará que ingiera la cápsula Pillcam™ SB.

DESPUÉS DE INGERIR LA CÁPSULA DE INTESTINO DELGADO:

- 1) Después de ingerir la cápsula Pillcam™ SB, no coma ni beba durante al menos 2 horas. Después puede beber agua.
- 2) Luego de 4 horas puede tomar una merienda ligera.
- 3) Una vez finalizada la prueba, puede volver a su dieta normal, a menos que su médico especifique lo contrario.
- 4) Póngase en contacto con la consulta inmediatamente si sufre algún dolor abdominal, náuseas o vómitos durante la Endoscopia por Cápsula.
- 5) Después de ingerir la Cápsula Pillcam™ SB y hasta que sea excretada, no debe estar cerca de ninguna fuente de campos electromagnéticos potentes, como los que se crean cerca de un aparato de resonancia magnética o de radioaficionados (jamón).
- 6) Ocasionalmente, algunas imágenes pueden perderse debido a interferencias de radio (por ejemplo, de un transmisor de radioaficionado, RMN, etc.). En raras ocasiones, esto puede dar lugar a la necesidad de repetir el examen de Endoscopia por Cápsula. En este caso, el médico le aconsejará que permanezca dentro de las instalaciones de la clínica durante la Endoscopia por Cápsula para evitar que este problema se repita.
- 7) La Endoscopia por Cápsula dura aproximadamente 8 horas y después se considera terminada según las instrucciones de su médico. No desconecte el equipo ni se quite el cinturón en ningún momento durante este período. Ya que el DataRecorder™ es en realidad una pequeña computadora, debe tratarse con sumo cuidado y protección. Evite movimientos bruscos y golpes al DataRecorder™.
- 8) Durante su Endoscopia por Cápsula, deberá verificar cada 30 minutos que la pequeña luz situada en la parte superior del DataRecorder™ parpadea. Si por alguna razón deja de parpadear, anote la hora.
- 9) Evite cualquier actividad física extenuante, especialmente si implica sudoración, y no se agache ni se incline durante la Endoscopia por Cápsula.

DESPUÉS DE TERMINAR LA ENDOSCOPIA POR CÁPSULA:

Someterse a una resonancia magnética (MRI) mientras la cápsula está dentro de su cuerpo puede provocar serios daño en el tracto intestinal o en la cavidad abdominal. Antes de someterse a un MRI, debe ponerse en contacto con la consulta para una evaluación y posible examen radiográfico abdominal.

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

Diagnóstico:

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