



PRUEBA DE ALIENTO DE H. PYLORI

Se le ha programado una prueba de aliento de H.Pylori 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.

1. **2 semanas antes de la prueba:** usted tiene que dejar de tomar todos los antibióticos, probióticos, inhibidores de la bomba de protones (IBP) y / o medicamentos de tipo bismuto. Nota: Los medicamentos de bismuto son Pepto-Bismol y todas sus formas genéricas.

2.

Fecha para dejar de tomar el medicamento: _____

Fecha en que dejó de tomar el medicamento: _____

Los IBP incluyen: Nombre Genérico

Marca en EE.U.U.

Omeprazole

Prilosec

Lansoprazole

Prevacid

Rabeprazole

Aciphex

Sucralfate

Carafate

Esomeprazole

Nexium

Pantoprazole

Protonix

3. **El día de la prueba:** *No tome nada por boca durante 1 hora antes de la prueba. No consuma goma de mascar, mentas, pasta dental y enjuague bucal.*

Nota: Puede seguir tomando bloqueadores H2, como Tagamet, Zantac, Axid, Ranitidine y Pepcid y antiácidos, como Maalox, Roloids, Tums, Mylanta y Gelusic.

Es de suma importancia que siga todas las instrucciones anteriores para que la prueba determine con exactitud si está infectado.



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 lactosa fructosa – Código 91065 - \$300.00
- Prueba de aliento de Urea – H.Pylori – Código 83014 - \$50.00 – adquisición
 - Código 83013 - \$150.00 – análisis
 - Total \$200.00
- 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