

Se le ha programado una prueba de aliento para el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado 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.**

Esta prueba se utiliza para determinar si las bacterias han invadido el intestino delgado, ya sea desde el estómago, donde por lo general son eliminadas por el ácido del estómago, o desde el intestino grueso, donde normalmente se encuentran y son necesarias para la función intestinal normal.

Las bacterias del colon (intestino grueso) descomponen los azúcares complejos y liberan hidrógeno, metano y dióxido de carbono. Algunos de estos gases se reabsorben en el torrente sanguíneo y se llevan a los pulmones, donde se exhalan con la respiración. El momento en que se detectan trazas de estos gases en el aire pulmonar tras la ingestión de una dosis de un azúcar especial, la glucosa, puede utilizarse para estimar dónde se encuentran las bacterias en el tracto intestinal. Si las trazas de los gases aparecen al principio de la prueba, significa que las bacterias deben existir hacia el estómago. Si las trazas de los gases aparecen sólo más tarde en la prueba, las bacterias deben residir sólo en el colon.

PREPARACIÓN para la prueba:

1. Si lo tolera, deje de tomar medicamentos como: Miralax, Dulcolax, Docusate, Amitiza, Linzess, Leche de Magnesia, Ablandadores de Heces, 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 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.

<p>Servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• <input type="checkbox"/> Endoscopia por cápsula del intestino delgado – Código 91110 - \$2500.00• <input checked="" type="checkbox"/> SIBO/Prueba de aliento de glucosa/KBT – Código 91065 - \$300.00• <input type="checkbox"/> Prueba de aliento de lactosa – Código 91065 - \$300.00• <input type="checkbox"/> Prueba de aliento de fructosa – Código 91065 - \$300.00• <input type="checkbox"/> Prueba de aliento de Urea – H.Pylori – Código 78267 - \$150.00 – adquisición<ul style="list-style-type: none">○ Código 78268 - \$300.00 – análisis○ Total \$450.00• <input type="checkbox"/> Fibroscan – Código 76981 - \$225.00
<p>Diagnostico:</p>

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