



GASTRO-HEPATOLOGY & GERIATRICS CENTER

Bárbara Rosado Carrión, MD

Diplomate, American Board of Gastrointestinal Disease
And Transplant Hepatology

Tel. 787-842-0175 y 787-842-0170 Fax: 787-259-8185



Instrucciones para Prueba de () Lactosa () Fructosa

Este estudio es usado para diagnosticar desórdenes digestivos como el mal-absorción (intolerancia) de la lactosa.

- **Cuatro semanas antes del procedimiento no puede tomar ningún antibiótico.**
- **Una semana antes del procedimiento, usted:**
 - No puede tomar laxantes u otros productos de limpieza del colon.
 - No debe hacerse ningún estudio que requiera limpieza del colon, ejemplo: colonoscopia y/o barium enema.
- **El día antes del procedimiento:**
 - **Puede** comer pan blanco solo, arroz blanco solo, papas blancas solas, pollo o pescado asado/horneado, agua, café o té negro.
 - Puede condimentar la comida con sal.
 - **No consumir:** mantequilla, quesos, refrescos, habichuelas, pasta, cereales con fibra y productos altos en fibra.
 - **Para prueba de fructosa, no consumir frutas ni ingerir jugos.**
 - Cenar antes de las 6pm.
- **12 horas antes del procedimiento:**
 - Puede comer o tomar agua hasta 12 horas antes del estudio.
 - Puede tomarse sus medicamentos con agua hasta 12 horas antes del procedimiento.
- **El día del procedimiento:**
 - El paciente debe estar 12 horas en ayuna.
 - **PACIENTES DIABÉTICOS:** No tomar medicamentos para la diabetes NI administrar insulina la dosis de la mañana del estudio.
 - 2 horas antes del estudio se le aconseja cepillarse los dientes.
 - No puede masticar chicle o tabaco, fumar, comer dulces antes y durante el procedimiento.
 - Se le recomienda traer lectura, ya que estudio puede durar un periodo de 1 a 4 horas.
- **Durante el procedimiento:**
 - Se hará una prueba de aliento para medición basal.
 - Luego se le dará la lactosa diluida en agua.
 - Se esperará 30 minutos para repetir la prueba de aliento.
 - En el procedimiento se repetirá la prueba de aliento cada 30 minutos por un periodo de 1 a 4 horas.

Deberá llamar una semana antes para el deducible a pagar, si alguno. La hora asignada es aproximada. El tiempo del estudio variará de acuerdo a su complejidad. El día del procedimiento se dirigirá al área de recepción y se registrará. Luego será llamado por la enfermera para comenzar el procedimiento.

- **Si hay algún cambio con su plan o la tarjeta del plan, favor avisar y traer copia dos semanas antes a la oficina.**
- **PACIENTES CON TC PRIME se responsabilizan de trabajar la autorización y traerla mínimo 2 semanas antes del procedimiento.**
- Todo paciente que requiera **referido** deberá traer el mismo mínimo 2 semanas de anticipación, de no estar el referido en el expediente del paciente al momento de confirmar procedimientos, no se le confirmará el mismo. **Sin referido NO se le hará el estudio, sin distinción de persona.**
- **EN CASO QUE SU PLAN DENIEGUE EL PAGO DEL ESTUDIO O HAYA ALGUN COSTO ADICIONAL DESPUES DE FACTURADO EL ESTUDIO, USTED SE RESPONSABILIZARÁ DEL MISMO.**

Fecha de estudio: _____ Núm. de Récord: _____ Plan Médico: _____

Nombre: _____ Celular: _____

Con mi firma certifico que se me orientó y estoy de acuerdo con las instrucciones recibidas y lo aquí expuesto. De no seguir las instrucciones antes expuestas. No me podré hacer el estudio.



GASTRO-HEPATOLOGY & GERIATRICS CENTER

Bárbara Rosado Carrión, MD

Diplomate, American Board of Gastrointestinal Disease
And Transplant Hepatology

Tel. 787-842-0175 y 787-842-0170 Fax: 787-259-8185



Firma: _____ Fecha/hora: _____ Firma de Orientadora: _____