



Médico: _____
Nombre del paciente: _____
Fecha del procedimiento: _____
Fecha de retiro: _____

Teléfono: _____
Ubicación: _____
Hora de llegada: _____
Hora de llegada: _____

Indicaciones previas al estudio BRAVO- sin medicina

Bienvenido al laboratorio de estudios de motilidad gastrointestinal del Massachusetts General Hospital. Deseamos que este estudio sea lo más placentero y seguro posible. Por favor, lea estas instrucciones con mucha atención antes de realizar su estudio.

Su estadía en el laboratorio para su estudio es de aproximadamente 3 horas. Haremos todo lo posible para evitar retrasos en su estudio, aunque otras emergencias podrían llegar a interrumpir el horario de su estudio.

DEBE tener un acompañante adulto para que lo lleve a su hogar después de su estudio. Su acompañante no tiene que venir con usted a su llegada cuando se registre, pero debe reunirse con usted en el Motility LAB (Laboratorio de motilidad) cuando esté listo para irse a casa. Es necesario que tenga un acompañante adulto, incluso si planifica tomar el tren o regresar en taxi a su casa. No se permite conducir hasta el día siguiente. Si no tiene un acompañante el día de su estudio, el mismo será CANCELADO y reprogramado.

Vea el siguiente video instructivo para conocer más sobre el estudio Bravo:

https://www.youtube.com/watch?v=BZwIx3g0M_I&feature=youtu.be

ANTES de prepararse para su estudio:

- Si es necesario, contacte a su compañía de seguro médico si requiere una remisión o autorización para el estudio.
- Si no lo ha hecho en los últimos 6 meses, llame a la oficina de registros de MGH para actualizar sus datos de registro. El número de teléfono es **1-866-211-6588**.
- Complete el formulario anexo de 2 páginas sobre los medicamentos e historial médico y tráigalo con usted al estudio.

Si usted toma medicamento para el control de la acidez estomacal, por favor siga las siguientes indicaciones:

1. **UNA SEMANA** antes del estudio, **PARE** de tomar los inhibidores de la bomba de protones. Esto abarca: omeprazol, Prilosec, lansoprazol, Prevacid, esomeprazol, Nexium, rabeprazol, Aciphex, pantoprazol, Protonix, Dexilant, dexlansoprazol.
2. **3 días antes** del estudio, **PARE** de tomar bloqueadores H2. Esto abarca: Tagamet, cimetidina, ranitidina, Zantac, Pepcid, famotidina, nizatidina, Axid.
3. **6 HORAS** antes del estudio **PARE** de tomar todo tipo de antiácido como lo son Tums, Maalox, Roloids, etc.
4. Complete el formulario anexo de evaluación y medicamentos de 3 páginas y tráigalo con usted para el estudio.

EN EL DÍA del estudio:

1. No ingiera ningún tipo comida el día del estudio.
2. Puede tomar líquidos claros hasta 2 horas antes del estudio. Estos líquidos incluyen: agua, te, café negro (sin ningún agregado), caldo translúcido, jugo de manzana, Gatorade, soda, Jell-O.
3. **DEJE DE TOMAR LÍQUIDOS 2 HORAS ANTES DEL ESTUDIO** (con excepción de un pequeño sorbo de agua con sus medicaciones).
4. No coma caramelos, dulces, o goma de mascar.
5. Tome sus medicinas diarias, incluyendo aquellas para controlar la alta presión sanguínea, con un pequeño sorbo de agua.
6. Si está tomando Coumadin o Plavix, no deje de tomarlas a menos que le hayan dicho lo contrario. Si usa insulina, recomendamos tomar la mitad de su dosis recomendada. Nosotros le mediremos el azúcar en sangre antes del estudio.
7. El día del estudio no use joyas, con la excepción de los anillos de boda. Debe quitarse todas las joyas, incluso las joyas en las perforaciones corporales.

DESPUÉS del estudio:

1. Usted permanecerá en observación aproximadamente por una hora en la sala de recuperación del laboratorio de motilidad.
2. Después del estudio recibirá indicaciones sobre la dieta y los medicamentos.
3. Puede retornar a su trabajo al día siguiente del estudio.

Información de contacto:

- Si tiene preguntas, contacte directamente a su gastroenterólogo al número de teléfono listado arriba.
- Es muy importante asistir a esta cita. Si debe cancelar, **hágalo con al menos con 5 días de antelación, llamando al 617-726-5565.**
- Si necesita cancelar dentro de las 24 horas previas a su cita, llame al **857-238-3473.**
- Para más información, visite nuestra página de web www.massgeneral.org/endoscopy donde encontrará respuestas a las preguntas más comunes.

Direcciones para el estacionamiento en el centro de endoscopias

Para más información de estacionamiento y reglamentación de acompañantes, visite nuestra página de web

www.massgeneral.org/visit

Su usa un GPS, verifique el código postal de la zona

Blake Building, 4to piso**55 Fruit Street, Boston, MA 02114****Desde el Fruit Street Garage o Parkman Street Garage:**

- Después de estacionar, entre al MGH por la entrada principal.
- Use los ascensores E para subir al 4to. piso del edificio Blake
- Una vez que arribe al 4to piso, diríjase hacia la puerta de vidrio con el letrero MGH GI Associates



FORMULARIO DE EVALUACIÓN CLÍNICA

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Médico: _____ Médico remitente: _____

Motivo para la prueba: _____

¿Cuándo fue la última vez que tomó líquido? _____

¿Cuándo fue la última vez que comió algo? _____

- ¿Tiene problemas para tragar? Δ SÍ Δ NO (Si contestó NO, salte a la pregunta 5)
- ¿Desde hace cuánto tiempo ha tenido problemas para tragar? _____
- Si tiene problemas para tragar, responda a las siguientes preguntas:

¿Cómo comenzó el problema? Δ DE REPENTE Δ GRADUALMENTE CON EL TIEMPO

¿Con qué frecuencia le sucede? Δ SIEMPRE Δ A VECES Δ RARA VEZ ¿Con
alimentos sólidos? Δ SÍ Δ NO ¿Con líquidos? Δ SÍ Δ NO

1. ¿Cómo describiría su problema (marque)?

Tengo problemas cuando comienzo a tragar, para que la comida pueda pasar por mi boca.

La comida se atasca después de que pasó por la boca.

2. ¿Tiene dolor cuando traga? Δ SÍ Δ NO

3. ¿Tiene tos mientras come? Δ SÍ Δ NO

7. ¿Se le devuelven los líquidos a su nariz mientras está comiendo? Δ SÍ Δ NO

8. Marque la respuesta según corresponda en su caso:

Dolor de pecho: Δ NUNCA Δ A DIARIO Δ SEMANALMENTE Δ MENSUALMENTE Δ OTRO _____

Acidez estomacal: Δ NUNCA Δ A DIARIO Δ SEMANALMENTE Δ MENSUALMENTE Δ OTRO _____

Uso de antiácido: Δ NUNCA Δ A DIARIO Δ SEMANALMENTE Δ MENSUALMENTE Δ OTRO _____

Tos: Δ NUNCA Δ A DIARIO Δ SEMANALMENTE Δ MENSUALMENTE Δ OTRO _____

(VER AL DORSO)

PHYSICIAN FILE



Por favor, seleccione si tiene antecedentes de los siguientes problemas médicos:

- 4. Problemas respiratorios
- 5. Enfermedad cardíaca
- 6. Presión arterial alta
- 7. Trastornos hemorrágicos
- 8. Estenosis, fístulas u obstrucciones en el sistema gastrointestinal
- 9. Tumores esofágicos, úlceras o várices
- 10. Tabique desviado
- 11. Obstrucción nasal
- 12. Hernia hiatal

Por favor, marque si ha tenido alguno de los siguientes:

- Cirugía gástrica Cuándo _____
- Dilatación esofágica Cuándo _____
- Radiografía con bario Cuándo _____
- Endoscopias previas Cuándo _____

Enumere otros problemas de salud adicionales que tenga:

Enumere las cirugías que ha tenido:

Firma del paciente: _____

Reviewed By: _____ Date: _____ Time: _____

PHYSICIAN FILE

