

## Información relacionada a una prueba de la piel

**\*Favor de repasar una semana antes de la prueba\***

Su Doctor le a ordenado una prueba de las alergias. Su cita ha sido programada para:

\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ AM/PM en nuestra oficina de  
(fecha) (hora)

Foulkstone / Iron Hill / Middletown

Favor y sea consciente de que si no llega a su cita sin notificación alguna ó de cancelar la prueba el mismo día ya programada, **le cobraremos una cuota de cancelación en la cantidad de \$40.00. Le pedimos de favor de notificarnos por lo menor DOS días en avanzado** en el caso que no pueda mantener su cita para entonces poder darle oportunidad a otro(a) paciente en espera de su prueba de la piel.

Es importante que usted se comunique con la compañía de su seguro medico y **verifique cobertura** de la prueba de alergias. Favor de traer **sus tarjetas medica y de identificación**. Si un **referido** es requerido por su seguro medico, este debe ser presentado en el momento del servicio ó recibida por nuestra oficina antes de su cita. Su referido debe especificar **“Prueba de Alergias, Tratamiento de Alergias, y Sueros para Alergias”**.

*Si la prueba de la piel no es cubierta por su seguro medico, el costo por este procedimiento es de \$100. por bandeja y \$15. por la prueba intradérmica.*

Usamos el método de pinchazos, los cuales envuelven unas series de pequeños aplicadores plásticos que cargan un antígeno específico el cual es colocado en sus brazos. Excepto alergias a alimentos, si sus pruebas de pinchazos en la piel dan un resultado negativo pero su Doctor siente tener dudas de que usted si pueda tener alergias, una “prueba intradérmica” mas sensitiva podría ser usada la cual consiste de una pequeña cantidad de alergenos el cual es inyectado dentro de la piel. La prueba de la piel no es dolorosa, pero puedes preguntar a cerca de una crema anestésica y aplicar en el area una 1-hora antes de su prueba si desea. *Nota: EMLA- Crema anestésica no es usada en pacientes con estallido agudo de eczema.*

*La prueba generalmente se demora al rededor de 1-hora. Favor de acordarse de usar vestimenta cómoda y usar mangas cortas. Esta es una oficina libre de fragancias. Favor de abstenerse del uso de fuertes artículos que imiten olores, como perfumes y jabones perfumados.*

Si su prueba de la piel es positiva, sentira picazón en el área que pueda durar unas horas. Muy raramente, le pueda dar picazón en su nariz y estornudo, ronchas, asma ó una mas severa reacción alérgica. En caso de estos eventos extremadamente raros, nuestro personal esta completamente preparado con equipo de emergencias y un proveedor de cuidado de salud siempre a su disposición.

*Para garantizar resultados de prueba precisos, ciertos medicamentos deben suspenderse antes de la prueba, aunque no debe suspender los medicamentos sin hablar con su medico que prescribe.*

## **Medicamentos que interfieren con las pruebas incluyen, entre otros:**

**Antihistamínicos\*** son medicinas usadas para tratar las alergias, nauseas, y mareos. Estas son encontradas en la sección para la tos y el resfriado. Favor y descontinúelos como sigue:

### **\*PARAR 5 días antes**

Allegra (fexofenadine)  
Ataras (hydroxyzine)  
Clarinet (desloratadine)  
Periactin (cyproheptadine)  
Xyzal (levocetirizine)  
Zyrtec (cetirizine)

### **PARAR aerosol nasal 3 días antes**

Astelin (azelastine)  
Astepro (azelastine)  
Dymista (azelastine and fluticasone)  
Patanase (olopatadine)

### **PARAR 3 días antes**

Algunas medicinas para las alergias,  
tos y el resfriado.  
Todo medicamento tomado en la noche(PM)  
que contenga diphenhydramine  
(Benadryl) or chlorpheniramine (Chlor-Trimeton)

### **PARAR 1 día antes**

Gotas para la Alergia:  
Prescripción ó sin receta

### **PARAR suplementos herbarios 5 días antes**

Feverfew (Planta Matricaria)  
Green tea (Té verde)  
Licorice (El regaliz)

Saw Palmetto (La serenoa)  
St John's Wort (Hierba de San Juan)

**Inyección Anti-ige-** Xolair (omalizumab)- La ultima inyección debe ser administrada **6 meses** antes de la prueba de la piel.

**NO PARE de tomar sus medicamentos para tratar el ASMA! Favor de continuar todos los inhaladores de tratar el asma.**

Singulair (montelukast), Accolate (zafirlukast) y Zflo (zileuton), Aerosoles nasales no mencionado anteriormente, Sudafed (pseudoephedrine or phenylephrine), y expectorantes como Mucinex (guaifenesin) pueden ser continuados.

Si no puede o no debe parar por completo sus medicamentos antihistamínicos por causa de síntomas severos, continúe tomándolos y mantenga su cita de seguimiento con su proveedor. **Favor de llamar a nuestra oficina para cancelar la prueba de la piel.** También, ignore las instrucciones que le fueron dada a cerca del uso de la crema anestésica EMLA antes de su cita.

Para aquellos pacientes que los resultados dan positivos y están interesados en comenzar inmunoterapia ya sea sublingual (bajo la lengua) o parenteral (inyecciones), el personal estará encantado de proveerle con mayor información.

**Comunicación continua es vital para un tratamiento de alergias efectivo, cuidadoso, y exitoso. Mientras requerimos que continúe en el cuidado de nuestro proveedor de salud regularmente, si su condición médica ó sus medicamentos cambian, no espere por una cita rutinaria, pero si es su deber comunicarle a nuestro Departamento de Alergias cualquier cambio necesario para que sus archivos sean actualizados.**

---

Ha experimentado recientemente una tos recurrente o crónica?	Yes	No
Alguna vez le han diagnosticado asma?	Yes	No
Alguna vez le han diagnosticado COPD ó EPOC? (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	Yes	No
Alguna vez a tenido dificultad al respirar fácilmente?	Yes	No
Está actualmente en algún inhalador?	Yes	No
Le preocupa que pueda tener asma u otro problema del pulmón o respiración?	Yes	No

---

Si a respondido **Si** a alguna de estas preguntas, le podemos programar una cita para una **Prueba de Función Pulmonar Basál antes de la prueba de la piel a no ser que halla usted sido sometido a dicha prueba recientemente**. Si ya fue hecha, favor de informarle a nuestro personal, para obtener copias de los resultados para su archivo medico.

Al firmar a continuación, reconozco que e recibido el paquete titulado “Información relacionada a una prueba de la piel” y comprendo cuales son los medicamentos que necesito o no discontinuar antes de la prueba. Adicionalmente, e contestado el cuestionario Prueba de Función Pulmonar Basál y comprendo que si mi respuesta es si a alguna de las preguntas una cita podría ser programada para el mismo día de mi prueba de la piel.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente / Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha