



## **Paquete de Información para el Paciente sobre Alergias Ambiental**

### **¡Bienvenido al día de la prueba de alergia!**

Hoy se le probarán los 70 alérgenos ambientales más comunes. La prueba tardará aproximadamente dos minutos en aplicarse a su espalda usando aplicadores de plástico. Sabrá a qué es alérgico en solo 15 minutos. Según los resultados, su médico discutirá su plan de tratamiento antes de que salga de la oficina.

### **El primer paso es completar los formularios adjuntos:**

- Forma de consentimiento para la prueba de rasguño de alergia
- Encuesta de Síntomas del Nuevo Paciente

### **A continuación se encuentran las preguntas más frecuentes:**

#### **¿Qué debo esperar durante la prueba?**

Un miembro del personal de la clínica limpiará el área de prueba de la piel con un algodón mojado en alcohol. Cuando la prueba se aplica a su piel, sentirá una ligera presión de los dientes del aplicador. Tomará aproximadamente dos minutos aplicar toda la prueba. Tomará 15 minutos, después de la aplicación de la prueba, para obtener los resultados. Durante este tiempo, usted será boca abajo o sentado con el área de prueba expuesta.

#### **¿Cómo se sentirá?**

Hay una ligera presión de los aplicadores y la prueba está diseñada para raspar / pinchar la primera capa de la piel. A medida que se desarrolla la prueba, puede experimentar una picazón temporal o una sensación de hormigueo similar a la picadura de un mosquito.

#### **¿Qué pasa después de la prueba?**

Después de documentar los resultados, un miembro del personal de la clínica eliminará los antígenos con alcohol y la sensación de picazón comenzará a disminuir. Las marcas de la prueba pueden permanecer visibles por hasta 48 horas. Si es necesario, se le puede ofrecer una crema antihistamínica y / o anti-picazón.

#### **¿Qué tan pronto recibiré mis resultados?**

Su proveedor revisará los resultados de la prueba de alergia y discutirá sus opciones de tratamiento. Juntos, usted y su proveedor determinarán el mejor curso de tratamiento.

**Ahora es el momento de su prueba. ¡Está en camino de aprender su desencadenantes de la alergia!**

# Forma de Consentimiento para Pruebas Percutáneas



Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para \_\_\_\_\_ (paciente) para que se administren pruebas percutáneas, que han sido recetadas por mi médico. Reconozco que puede ocurrir una reacción adversa porque la prueba administrará material al cual puedo ser alérgico. Aunque las reacciones graves son raras, muchos pacientes experimentan un área de hinchazón local, picazón y enrojecimiento en el sitio de la prueba cutánea con punción. Esto indica un hallazgo positivo. La reacción más severa puede incluir urticaria, sibilancias, estornudos, picazón en las palmas de las manos, nariz, techo de la boca o garganta, o presión arterial baja.

Es extremadamente importante que permita de 20 a 30 minutos para la administración de la prueba percutánea y la observación. Si no puede esperar, debe reprogramar su cita.

Al firmar a continuación, usted da su consentimiento y reconoce que ha leído la información que se le proporcionó y que comprende completamente el proceso de prueba y las posibles reacciones.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable de Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de Allergy Tech: \_\_\_\_\_

Firma de Allergy Tech: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Prueba percutánea:** La prueba de alergia cutánea es un procedimiento clínico que se utiliza para evaluar una respuesta inmunológica a alérgenos ambientales. La necesidad de realizar pruebas e interpretar los hallazgos de la prueba debe correlacionarse con los signos y síntomas de posibles alergias según lo determinado por una historia completa y el examen del paciente. El número y tipo de antígenos utilizados para la prueba se eligen juiciosamente dados los síntomas del paciente y el juicio clínico del evaluador. El kit de prueba se compone de los mejores 70 alérgenos en América del Norte.

Las pruebas de alergia están cubiertas cuando existen antecedentes alérgicos clínicamente significativos o síntomas que no son controlables mediante terapia conservadora empírica (solo medicamentos).

Para que Medicare cubra las pruebas de alergia, se deben cumplir los siguientes criterios:

1. Las pruebas deben correlacionarse específicamente con la historia del paciente y los hallazgos físicos.
2. La técnica de prueba y / o los alérgenos probados deben tener una eficacia comprobada demostrada a través de estudios médicos científicamente válidos publicados en literatura revisada por pares.
3. La prueba de alergia se debe realizar en pacientes cuyo entorno proporciona la probabilidad razonable de exposición al antígeno específico probado.

Las pruebas percutáneas son el método preferido para las pruebas de alergia. Medicare cubre las pruebas percutáneas (arañazos, pinchazos o punciones) cuando se producen reacciones mediadas por IgE a cualquiera de los alérgenos ambientales, como polen (árboles, malezas y hierbas), moho, hongos, animales (caspa de perro, gato, ganado, caballo o ratón) o insectos (cucarachas o ácaros del polvo).

# Nueva Encuesta de Síntomas de Pacientes



Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**SÍNTOMAS COMUNES:** Círcule el número de acuerdo con la gravedad: 0=Ninguna, 1=Templado 5= Muy severo

Gas abdominal o cólicos	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Urticaria	0	1	2	3	4	5
Artritis o dolor muscular	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Hiperactividad	0	1	2	3	4	5
Asma	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Comezón	0	1	2	3	4	5
Tos	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Congestión nasal	0	1	2	3	4	5
Eczema	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Mala memoria o concentración	0	1	2	3	4	5
Fatiga	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Estornudando	0	1	2	3	4	5
Fríos frecuentes o Garganta Dolorida	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Problemas para respirar mientras duerme	0	1	2	3	4	5
Infección frecuente de los senos o del oído	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Sibilancias	0	1	2	3	4	5
Dolor de cabeza	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Ojos acuosos, rojos y con comezón	0	1	2	3	4	5
Ojos Secos	0	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Ojos irritados	0	1	2	3	4	5

**PUNTAJE DE SÍNTOMA:** \_\_\_\_\_ Enumere cualquier otro sintoma actual: \_\_\_\_\_

## HISTORIA:

¿Hay alimentos que te causen algún problema? \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

¿Tiene un historial de alergias? ( ) Si ( ) No Si es así, ¿cuánto tiempo ha tenido alergias? \_\_\_\_\_

¿En qué temporada(s) sus alergias suelen aparecer? ( ) Primavera ( ) Verano ( ) Otoño ( ) Invierno ( ) Todo el año

¿Anteriormente Has sido probado para alergias? ( ) Si ( ) No. Si es así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Algún medicamento te da alivio de su síntomas de alergia? ( ) Si ( ) No Comentario \_\_\_\_\_

¿Tiene mascotas en casa? ( ) Si ( ) No Tipo: \_\_\_\_\_

¿Está expuesto a los humos o el polvo? ( ) Si ( ) No Comentario \_\_\_\_\_

¿Fumas? ( ) Si ( ) No

¿Cuánto? \_\_\_\_\_

¿Está expuesto al humo en tu entorno? ( ) Si ( ) No

¿Quién más en su familia tiene alergias / asma? ( ) Madre ( ) Padre ( ) Hermano ( ) Niños

¿Le han diagnosticado asma? ( ) Si ( ) No Si es así, cuando? \_\_\_\_\_

Gravedad: ( ) Templado ( ) Moderar ( ) Alto

¿Cre que su asma está bajo control? ( ) Si ( ) No

¿Con qué frecuencia usas su inhalador? \_\_\_\_\_ Ultima fecha utilizada? \_\_\_\_\_

¿Está tomando somníferos? (Incluso OTC) \_\_\_\_\_

## CONTRAINDICACIONES:

¿Sufre de asma descontrolada o función pulmonar reducida? ( ) Si ( ) No

¿Alguna vez tuvo una reacción alérgica grave? ( ) Si ( ) No Hospitalización por alergias? ( ) Si ( ) No

¿Toma betabloqueantes para tratar la enfermedad cardíaca? ( ) Si ( ) No Medicación: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguna alergia, antihistamínico, medicamento para el resfriado o ayuda para dormir en las últimas 72 horas?  Si  No

¿Esta embarazada?  Si  No  No aplica

---

**USO CLÍNICO SOLAMENTE**

Is patient recommended for Allergy Test?  Yes  No Date of Allergy Test: \_\_\_\_\_ Skin   
Blood

Refer Patient to a specialist?  Yes  No

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Provider: \_\_\_\_\_



## Forma de Horario del Paciente

Ha programado una prueba de alergia el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ AM PM. Si tiene alguna pregunta, inquietud o necesita reprogramar su cita, comuníquese con la oficina.

Por favor, revise los "Medicamentos a evitar" a continuación y responda cualquier pregunta o inquietud con su enfermera o proveedor. Los siguientes medicamentos pueden interferir con su prueba y forzar la reacción que estamos buscando para ser suprimida.

### **POR FAVOR, EVITE ESTOS MEDICAMENTOS POR 72 HORAS ANTES DEL DÍA DE SU PRUEBA**

Antihistamínicos, tos, resfriado, descongestionantes o ayudantes para dormir:

Actifed	Chlor-Trimeton	Nolamine	Sleep Aid
Alavert (loratdine)	Clarinet (desloratadine)	Opcon-A (eye drops)	Tavist
Allega (Fexofenadine)	Claritin (loratadine)	Patanol (eye drops)	Trinalin
Astelin	Codimal DH Syrup	Phenergan	Tylenol Allergy
Atarax	Dimetane Cough Syrup	Periactin	Tussionex
Atrohist	Dura-Vent	Rondec	Tylenol Cold
Benadryl(diphenhydramine)	Extendryl	Rynatan	Tylenol Flu
Bromfed	Hycomine Compound	Ryanatuss	Vistaril
Brompheniramine	Kronofed	Semprex	Xyzal
Chlorpheniramine	Nolahist	Sinulin	Zyrtec (96 hours)

Aerosoles nasales:

Astelin	Aster	Patanase
---------	-------	----------

Ayudantes para dormir: evite los auxiliares para dormir de venta libre, es decir, Tylenol PM, Equate PM, etc. Todos ellos tienen Diphenhydramine como ingrediente activo.

**Betabloqueantes-- no pueden tomarse dentro de las 24 horas previas a la prueba.** Tome su medicamento la mañana antes de la prueba antes de la mañana y el día de la prueba lleve su medicamento con usted. Después de que se completan las pruebas y la oficina lo haya liberado para que se vaya, puede tomar Beta Blocker.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Medical Resource Solutions / LLC Patient Services

### **Consentimiento para la Administración de Inmunoterapia Sublingual con Alergias** Lo que debe saber sobre la Inmunoterapia Sublingual con Alergias

#### **¿Cuál es el propósito de la Inmunoterapia Sublingual (SLIT)?**

La inmunoterapia es una "vacunación" contra las alergias. Sin embargo, a diferencia de las inyecciones antialérgicas subcutáneas administradas con una aguja, con inmunoterapia sublingual, toma gotas de líquido colocadas debajo de la lengua (no inyecciones) para disminuir su sensibilidad a sustancias que causan alergia (es decir, animales, polen, ácaros del polvo y moho). Esto no significa que la inmunoterapia sea un sustituto para evitar alérgenos conocidos o para medicamentos para la alergia.

#### **¿Por qué tomar inmunoterapia contra alergias?**

Si es alérgico a una o más sustancias ambientales que no puede evitar, esto es una indicación para la terapia.

#### **¿Cuál es el procedimiento en la inmunoterapia sublingual?**

Primero, su médico realizará una serie de pruebas para identificar las sustancias que causan sus alergias. Los resultados de estas pruebas ayudarán a su médico a decidir si la inmunoterapia puede ayudarlo. La inmunoterapia sublingual comienza en dosis muy bajas. Esta dosificación se aumenta gradualmente en una base regular (mensual) hasta que se alcanza una dosis terapéutica dentro de un período de tiempo razonable.

#### **¿Qué puedo esperar de la inmunoterapia?**

Si la inmunoterapia tiene éxito, tendrá menos reacciones y reacciones menos graves a las sustancias que causan que sus alergias se inflamen. Las gotas de alergia pueden mejorar su calidad de vida. Sus síntomas deberían ser mucho mejores si ha seguido las instrucciones de dosificación de su médico. La inmunoterapia sublingual ha demostrado ser más segura que la terapia de inyección de alergia en muchos estudios y parece ser clínicamente efectiva. El comité de vacunas de la Organización Mundial de Curación afirmó: "estudios bien diseñados que emplean altas dosis de inmunoterapia sublingual con deglución proporcionan evidencia de que esta forma de terapia puede ser una alternativa viable a la terapia de inyección en el tratamiento de la enfermedad alérgica de las vías respiratorias". que mientras las vacunas contra la alergia son aprobadas por la FDA; la ruta sublingual se considera uso fuera de etiqueta.

#### **¿Cuánto tiempo durará el tratamiento?**

Por lo general, toma cinco meses alcanzar una dosis de mantenimiento. Por lo general, toma un año completo para ver resultados significativos. La mayoría de los pacientes necesitan 24-36 meses adicionales después del mantenimiento para una desensibilización óptima. Potencialmente viviendo tu vida libre de alergias.

#### **¿Cuáles son los posibles efectos secundarios?**

La mayoría de los pacientes parecen tolerar la inmunoterapia sublingual sin efectos secundarios. En raras ocasiones, los pacientes han informado reacciones locales, como picazón en la boca o la garganta. Aún menos comunes son las reacciones generales tales como erupciones cutáneas, dolor de estómago o dificultad para respirar. Si ocurre algo de lo anterior, debe contactar a su médico de inmediato.

#### **Mujeres en edad fértil:**

Si queda embarazada mientras recibe la inmunoterapia sublingual, notifique al personal de la oficina de inmediato para que el médico pueda determinar un horario de dosificación apropiado. Las dosis de inmunoterapia no avanzarán durante el embarazo, pero pueden mantenerse a un nivel constante.

**Comuníquese con nosotros si comienza a tomar medicamentos recetados nuevos, especialmente para la presión arterial alta.**

#### **PADRES DE NIÑOS:**

Le pedimos que acepte supervisar el uso que sus hijos hacen de la vacuna contra la alergia.



**Medical Resource Solutions / LLC Patient Services**

**Consentimiento para Inmunoterapia (Vacuna Sublingual)  
Autorización para el tratamiento**

He leído la información en este formulario de consentimiento y lo entiendo. Se me brindó la oportunidad de hacer preguntas sobre los riesgos potenciales de la inmunoterapia y estas preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que se llevarán a cabo todas las precauciones consistentes con la mejor práctica médica para protegerme de las reacciones adversas a la inmunoterapia. Por la presente doy mi consentimiento para que el paciente designado a continuación reciba inmunoterapia durante un período prolongado y en intervalos específicos, según lo prescrito. Por la presente doy mi autorización y consentimiento para el tratamiento de cualquier reacción que pueda ocurrir como resultado de una inmunoterapia. Su receta será enviada a una farmacia especializada en preparación de inmunoterapia sublingual. Sin embargo, tiene derecho a presentar y utilizar una farmacia de su elección.

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente de Inmunoterapia

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o Tutor Legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

Certifico que he asesorado a este paciente y / o tutor legal autorizado, con respecto a la información en este Consentimiento para la administración de la vacuna sublingual y que me parece que el signatario comprende la naturaleza, los riesgos y los beneficios del plan de tratamiento propuesto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma