

## Premier Cardiology Consultants, PLLC.

2001 Marcus Avenue  
Suite E-249  
Lake Success, NY 11042

Tel: (516) 437-5600  
Fax: (516) 437-7428

### Instrucciones Para la Prueba de Fuerza Nuclear

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Usted tiene una cita para hacerse una prueba de fuerza nuclear que determinara si usted tiene una enfermedad coronaria y evaluar su grado. Esta prueba esta diseñada para descubrir cualquier "bloqueo" significativo en sus arterias coronarias.

La solución utilizada en esta prueba es específicamente pedida 24 horas antes de su examen para ser entregada el día de su examen. Esta medicina es cara. Por favor notifiquenos al menos 24 horas de antemano si usted no puede acudir a su cita. **Habrá un cobro de 125 dólares si usted no cancela su cita con 24 horas de anticipación.**

**Si usted está embarazada, cree estar embarazada o da de pecho o esta amamantando, por favor notifique al doctor. Usted no PUEDE tener esta prueba.**

Por favor siga las siguientes instrucciones:

1. **Medicamentos:** Por favor notifique a la oficina si usted toma cualquiera de estos medicamentos:

**NO debe tomar los siguientes medicamentos 3 días antes de la prueba**

I. Persantine (dipyridamole)

II. Aggrenox

III. Theophylline (Theodur, Constant T, Primatene, Quiron, Slo-phylline)

Si usted no esta seguro, compruebe con su farmacéutico para asegurarse de que ninguno de sus medicamentos contengan cafeína, theophylline, o dipyridamole.

IV. No tomar Metoprolol 3 días antes de la prueba (Atenolol, Toprol XL, Carvedilol, Coreg)

2. **Esta prueba puede tomar de 4 a 6 horas para ser completada.** Por favor planee estar aquí para la duración de toda la prueba. Traiga algunos materiales de lectura para entretenerse.

3. Por favor use ropa suelta y cómoda, camisas que se abran al frente, (Las mujeres pueden traer puesto sostén deportivo) y tenis o zapatos para caminar. Por favor no traer puestos tacones altos, zapatillas o sandalias.

4. Alimentación y bebidas:

**Pare de comer o beber lo siguiente un día antes de su examen o sea el día:** \_\_\_\_\_

I **Nada** de café o té (nisiquiera descafeinado)

II **Nada** de sodas (nisiquiera descafeinado)

III **Nada** de chocolate en cualquier forma (en dulce, caramelo, galletas, pastel, helado, leche, chocolate caliente etc.)

Iv. Ninguna aspirina que contenga cafeina (Anacin o Excedrin). **Nota:** la mayor parte de medicinas para la migraña contienen cafeína.

**b. En la mañana de la prueba** \_\_\_\_\_

I Puede comer algo suave dos horas antes del examen **NO CAFFEINA**. Puede tomar leche 1%, agua y jugo.

II **Prohibido fumar**

III Puede bañarse con jabón pero **no se aplique ninguna crema, aceite o talco en el cuerpo.**

IV Si necesita que lo traigan **Por favor limite (1) un solo acompañante, no menores de edad.**

Estas instrucciones han sido proporcionadas como pautas generales para la prueba. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación, por favor hable con el doctor, puede presentar sus preguntas el día de su examen antes de firmar la hoja de autorización.