

Contenidos del kit de prueba

Inicie identificando estos nueve artículos del kit.

Bolsa plástica que contiene: 4 tubos para recolección de saliva con código de color (Rosa, verde, naranja, azul) y 4 pajillas

Formulario de solicitud de prueba

Caja del kit de prueba

Encuesta al paciente

Hielera con aislante y tapa

Bolsa de hielo

Paquete de envío al laboratorio

Hoja absorbente de embalaje

Preparación para la prueba

- **Importante: No suspenda ningún medicamento ni suplemento sin antes consultarlo con su médico.** Use la tabla de recomendaciones específicas como una guía para hablar con su médico.
- **Lea todas las instrucciones con detenimiento.**
- **Introduzca la bolsa de hielo al congelador** para que esté lista cuando envíe su muestra.
- **Recolecte la saliva el día que determinen su médico y usted.** Tome en cuenta la tabla de recomendaciones.
- **Encuentre y llene la hoja con el código de barras que se encuentra en su kit de prueba.** Pegue la etiqueta de código de barras en el lado transparente de la bolsa plástica. Asegúrese de que la información sea legible, que incluya la fecha de recolección y que el nombre coincida con el que aparece en la orden de prueba.
- **Llene la encuesta al paciente** que está incluida en el paquete del kit de prueba.
- **Busque un lugar limpio y seco para recolectar sus muestras** durante el transcurso del día, de preferencia con acceso a un espejo y un lavabo.

Para pacientes que residen dentro de los Estados Unidos:

Recolecte su muestra entre **lunes y jueves**. Es importante que su muestra llegue al laboratorio antes del fin de semana.

Para pacientes que residen fuera de los Estados Unidos:

Recolecte y envíe su muestra el **lunes o martes**.

Recomendaciones específicas

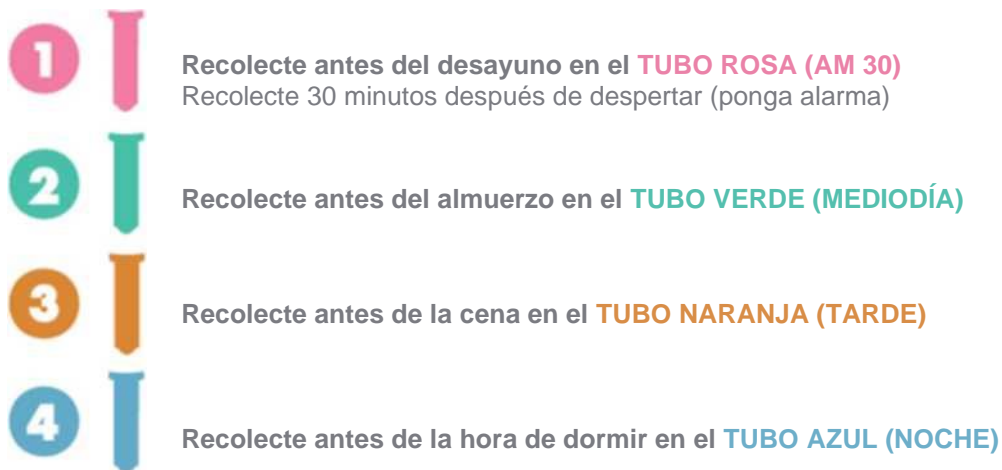
Si actualmente usa:	Acción requerida:
Hormonas de uso tópico (cremas)	La última dosis previa a la recolección debe administrarse y suspenderse entre 12 y 24 horas antes de la primera recolección de saliva. No aplique hormonas de uso tópico durante el día de la recolección de saliva porque contaminará la muestra.
Tratamiento hormonal sublingual	La última dosis previa a la recolección debe administrarse y suspenderse entre 24 y 36 horas antes de la primera recolección de saliva. Beba dos vasos de 8 onzas de agua inmediatamente después de la última dosis. No administre hormonas de uso sublingual durante el día de la recolección de saliva porque contaminará la muestra.
Hormonas de uso oral (píldoras o tabletas)	No hay restricciones. Úselas según su receta incluso el día de la recolección.
Inyecciones hormonales, implantes subcutáneos y parches transdérmicos	<p>Programe la recolección en un momento intermedio entre las dosis o inyecciones.</p> <p>Por ejemplo, si el primero de cada mes se le administra una inyección, programe la prueba para el día 14, 15, 16 o 17 de ese mes.</p>
Suplementos con cortisol o glucocorticoides Incluyendo las cremas de hidrocortisona, píldoras antiinflamatorias con esteroides e inhaladores para el asma	<p>Consulte con su proveedor las instrucciones en caso de que esté tomando un suplemento con cortisol para apoyo suprarrenal (o cualquier otro glucocorticoide por motivos médicos).</p> <p>Ciertos medicamentos, incluyendo cremas de hidrocortisona e inhaladores para el asma contienen cortisol. Para evaluar su producción natural de cortisol, se recomienda que deje de administrarse productos con cortisol durante los 5 días previos a la recolección de la muestra. Consulte con su proveedor antes de suspender cualquier medicamento con cortisol.</p>
DIU para control de natalidad	No hay restricciones. Recolecte el día que mejor le convenga.
Vitaminas y otros suplementos	Suspéndalas el día de la recolección hasta que haya tomado las cuatro muestras.
Mujeres con ciclo menstrual	Recolecte entre los días 19 y 23 de un ciclo de 28 días, contando el primer día de su periodo como el día número uno.
Mujeres posmenopáusicas Mujeres a quienes se le ha realizado la histerectomía Hombres que no se administran hormonas Solo perfiles de función suprarrenal (cortisol, sigA y/o DHEA) Mujeres con DIU hormonal *y sin ciclo menstrual	Recolecte cualquier día del mes. Si se administra hormonas o suplementos con cortisol y/o melatonina, lea las recomendaciones mencionadas con anterioridad.

Antes de hacerse la prueba

- La primera recolección de saliva DEBE realizarse 30 minutos después de despertar. Ponga una alarma de ser necesario.
- NO realice lo siguiente:
 - Tomar ningún suplemento hasta que haya recolectado las cuatro muestras.
 - Comer ni beber nada durante 1 hora previa a la recolección de saliva.
 - Lavar los dientes, usar hilo dental ni realizar trabajos dentales 30 minutos antes de la recolección.
 - Consumir alimentos ni bebidas que contengan cafeína, durante todo el día.
 - Usar cremas antienvjecimiento.
- Antes de cada recolección de saliva, lávese las manos y enjuáguese la boca con agua, pero espere 10 minutos para recolectar la muestra (para evitar que este diluida).
- Se permite el uso de cosméticos.

Comencemos

1. Recolecte la saliva el día que determinen su médico y usted. Las 4 muestras de saliva deben recolectarse en un día. Los tubos de recolección tienen código de color.
 - Puede usar las pajillas incluidas para ayudar a guiar la saliva a cada tubo (opcional). Deseche las pajillas antes de enviar las muestras.
2. Recolecte la muestra, cada tubo debe llenarse 3/4 partes. Es aceptable que tenga burbujas o espuma.



3. Después de cada recolección de saliva, cierre el tubo con firmeza. Coloque la muestra en el congelador de inmediato. La muestra debe congelarse al menos entre 4 y 6 horas antes de enviarse.
4. Registre la fecha y hora de cada recolección en la bolsa.

Preparar la muestra para el envío

1. Asegúrese de que la etiqueta de código de barras, colocada en la bolsa plástica, esté completa y coincida con la orden de prueba (o el formulario de solicitud de prueba).
2. Tome los tubos congelados y la bolsa de hielo y colóquelos en la bolsa plástica con la hoja absorbente de embalaje y ciérrela.

3. Coloque la bolsa plástica en la hielera con aislante y tapa. Tape la hielera y póngala en la caja del kit.
4. Coloque la encuesta al paciente y el formulario de solicitud de prueba impreso (si no se registró en línea) en la caja del kit y ciérrela. Luego, coloque la caja en el paquete de envío al laboratorio.
5. Consulte la tarjeta con las instrucciones de envío incluida en el kit de prueba para obtener más detalles sobre cómo enviar la(s) muestra(s).

Asegúrese de que todas las muestras estén etiquetadas. No se aceptan muestras sin etiqueta.

¿Qué sigue?

Por lo general, los resultados de su prueba se enviarán a su médico o proveedor de atención médica durante las dos semanas siguientes después de que los laboratorios Mosaic Diagnostics recibieron su muestra.

Su médico o proveedor de atención médica revisará los resultados con usted, identificará las áreas de interés o inquietud y trabajarán juntos para planear los siguientes pasos.

¿Dudas?

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto de la recolección de especímenes o el proceso de envío, contáctenos:

Teléfono | Nuestro amable equipo de servicio al cliente está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. CST, llamando al 800-288-0383

Correo electrónico | CustomerService@MosaicDX.com

Cualquier duda sobre los resultados de las pruebas o las implicaciones para su salud, analícelas con su médico o proveedor de salud y bienestar. El personal de Mosaic Diagnostics no puede discutir los resultados de la prueba directamente con los pacientes ni sus familiares.



Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) _____

Síntomas: Indique los síntomas que presenta, rellenando las casillas a continuación: **0 = Ninguno, 1 = Leve, 2 = Moderado, 3 = Grave**

Asegúrese de rellenar la casilla por completo con tinta de color negro o azul. Por ejemplo: Correcto Incorrecto

TODAS LAS PERSONAS

0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatiga nocturna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Control deficiente de los impulsos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensación de agotamiento
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Olvidar las cosas con mayor frecuencia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de infertilidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor muscular
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comportamiento adictivo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento de dolor en las articulaciones
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lloroso/a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para permanecer dormido/a	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alopecia (pérdida del cabello en el cuero cabelludo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disminución de erecciones
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disminución de la resistencia física	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento de peso en las caderas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de cuello o espalda
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambios de humor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Motivación disminuida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ronquera	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumento de peso en la cintura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de masa ósea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retención de líquidos/distensión abdominal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cabello seco o quebradizo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adelgazamiento de la piel
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estrés	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uñas quebradizas o frágiles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Envejecimiento rápido
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco lento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disminución del deseo sexual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Malestares y dolores
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza/migraña	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco acelerado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disminución de la masa muscular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Episodios de mareo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latidos/palpitaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disminución de la flexibilidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Historial personal o familiar de cáncer de seno, útero u ovario
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disminución de la agudeza mental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad por consumir azúcar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incontinencia		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatiga matutina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ansiedad por consumir alimentos, alcohol, tabaco u otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bochornos		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fatiga vespertina				

ADMINISTRACIÓN DE AMINOÁCIDOS U OTROS MEDICAMENTOS

Indique si se ha administrado alguno de los siguientes medicamentos en el periodo mencionado:

	Menos de 12 horas	Entre 12 y 36 horas	Entre 36 horas y 2 semanas
5-HTP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GABA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glutamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fenilalanina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feniletilamina (FEA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAMe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teanina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triptófano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tirosina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos con epinefrina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLO MUJERES

0 1 2 3

Resequedad vaginal

Periodos irregulares

Fibromas uterinos

Senos sensibles

Senos fibroquísticos

Incremento de vello facial/corporal

SOLO HOMBRES

0 1 2 3

Reducción del flujo de orina

Incremento de la urgencia de orinar

Problemas de próstata

ESPACIO SOLO PARA USO DEL LABORATORIO

12/21

