



- Milan S. Chakrabarty, M.D.
- Indraneel Chakrabarty, M.D., M.A.



**Procedimiento se realizara en esta ubicación:**

Hemet Endoscopy Center  
Informed Consent for Gastroenterology Related Procedures  
1003 E. Florida Avenue, Suite 101, Hemet CA 92543 (951) 652-2252

**COLONOSCOPIA Y/O ECOGRAFIA RECTAL CON MIRALAX/GATORADE/CRISTAL LIGHT PREP(A.M.)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de procedimiento: \_\_\_\_\_

**Su preparación intestinal es extremadamente importante! Por favor lea cuidadosamente las instrucciones**

<b>Por adelantado, Antes del procedimiento</b>	<b>3 Dias Antes Fecha: _____</b>	<b>2 Days Prior Date: _____</b>	<b>Preparation Day Date: _____</b>	<b>Procedure Day Date: _____</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Compra:</b> MiraLAX, botella de 238g Dulcolax, pastillas de 4(5mg) Gatorade o Crystal Light, 64oz (No rojo ni morado).</li> <li>➤ <b>Encargese de:</b> Que un adulto responsable permanezca con usted durante el procedimiento y lo lleve a casa después del procedimiento.</li> <li>➤ <b>Último día para cancelar:</b> Llame a la oficina si necesita cancelar su cita o si tiene alguna pregunta: (951)652-2252</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Confirmar:</b> Confirme con el adulto con el que tiene arreglos para ser conducido a casa después del procedimiento</li> <li>➤ <b>Deje de tomar estos medicamentos:</b> Coumadin (Warfarin)  _____  _____  _____</li> <li>Si usted tiene un copago le llamaremos antes de su procedimiento para informarle. <b>Su copago se debe pagar en el momento del servicio. ETECTIVO, TARJETA DE CREDITO, O GIRO POSTAL</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Hydrate:</b> At least 4 large glasses of water throughout the day!</li> </ul>  <p><b>NO SOLID FOODS AFTER MIDNIGHT AND UNTIL DISCHARGED FROM PROCEDURE!!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Stop taking these medications:</b> Pradaxa (Dabigatran) Xarelto (Rivaroxaban) Eliquis (Apixaban)</li> </ul> <p><b>If we have not called you to tell you your Co-Pay, please call our office (951) 652-2252.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>8:a.m.:</b> Begin clear liquid diet, no milk, no dairy, no orange or red juices.</li> <li>➤ <b>Hydrate:</b> Drink at least 4 large glasses of water throughout the day.</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>3 p.m.:</b> Take 2 Dulcolax tablets</li> <li>➤ <b>4 p.m.:</b> Mix 238g of MiraLAX in 64oz of Gatorade/Crystal Light. Shake to dissolve. Drink one glass every 15 minutes until 1/2 the solution is gone, and then set aside.</li> <li>➤ <b>5 p.m.:</b> Take the last 2 Dulcolax tablets</li> <li>➤ <b>8 p.m.:</b> Drink the second half of the MiraLAX/Gatorade mixture.</li> </ul> <p>If you experience nausea or vomiting, take a 30 minute break then continue prep.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Stop taking these medications:</b> Lovenox (Enoxaparin) Arixtra (Fondaparinux)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ You may take your essential morning medications with a <b>FEW SMALL SIPS</b> of water.</li> <li>➤ <b>NO DRINKING at least 4 hours before procedure, this includes water!</b></li> <li>➤ <b>Bring:</b> Responsible driver, Insurance Card, Photo ID, any Co-Pay fees.</li> <li>➤ <b>Note:</b> The quality of your prep is the one thing you can control and will give the doctor the best view possible without having to repeat the procedure.</li> </ul> <p>Initials: <input data-bbox="1770 1393 1854 1466" type="text"/> Your initials confirm that you have been given this information.</p>

**You will receive a call from our office the evening prior to your appointment. Monday-Friday between 12:00 p.m. - 3:00 p.m. for your procedure check-in time.**

