



GI Excellence, Inc.

MILAN S CHAKRABARTY, M.D.
SANDRA DEL VALLE, PA-C

TAHIR QASEEM, MD. F.A.C.P., F.A.C.G.
YAHAIRA SANCHEZ, FNP-C

1003 E FLORIDA AVE. SUITE 101
HEMET, CA 92543
PH: (951) 652-2252 FAX: (951) 658-6476

Endoscopia Superior Preparación

Nombre del Paciente: _____ Fecha del Procedimiento: _____

Bien adelantado del Procedimiento	3 Dias antes Fecha: _____	2 Dias antes Fecha: _____	1 Dias antes Fecha: _____	Dia del Procedimiento Fecha: _____
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consigue un adulto responsable para quedar con usted durante el procedimiento y luego llevarte a tu casa después del procedimiento. ➤ Parar de tomar estos medicamentos: Plavix (Clopidogrel) _____ _____ _____ ➤ Ultimo dia para suspender: Llama a la oficina si usted desea cambiar la fecha de su cita o si tienes otras dudas o preguntas 951-652-2252 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Confirmar con el adulto quien haz contratado que aún está disponible para llevarte a case después del procedimiento. ➤ Parar de tomar estos medicamentos: Coumadin (Warfarin) _____ _____ _____ <p>Parar de tomar estos medicamentos: Coumadin (Warfarin) Si usted tiene un copago, te llamaremos antes de tu procedimiento para informarte. Su copago se tiene que pagar en el momento del servicio. Solamente se acepta pagos en efectivo, tarjeta de crédito, tarjeta de débito, o giro postal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Para de tomar estos medicamentos: Pradaxa (Dabigatran) Xarelto (Rivaroxaban) Eliquis (Apixaban). <p>Si no hemos llamado a ti para informarte cuanto es tu copago, favor de llamarnos al 951-652-2252</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medianoche: No vayas a comer ni beber nada después de la medianoche. Solamente puedes tomar medicamentos necesarios con un poquito de agua. ➤ Parar de tomar estos medicamentos: Lovenox (Enoxaparin) Arixtra (Fondaparinux) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ No vayas a comer ni beber nada hasta después de terminar el procedimiento. ➤ Favor de traer: Un chofer responsable, tarjeta de seguro médico, documenta nacional/estatal de identidad, monto correcto del copago. ➤ Aviso: La calidad de tu preparación es el único factor que viene a ser totalmente su responsabilidad y dará al doctor la mejor vista posible sin tener que repetir el procedimiento.

Recibiras una llamada de nuestra oficina la noche antes de su cita. La hora de presentarse para su procedimiento es lunes-viernes entre 12pm y 3pm.

Iniciales : Sus iniciales confirman que se le han dado estas instrucciones.



POR FAVOR, OBSERVE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

- El copago o cualquier dinero adeudado antes de su procedimiento se debe pagar en efectivo, crédito o giro postal.
- La entrada al Centro de Endoscopia Hemet está alrededor de la parte posterior del estacionamiento, Suite # 104.

➤ **Descontinuar todos los anticoagulantes a continuación:**

Coumadin (Warfarina)	3 días antes del procedimiento
Plavix (Clopidogrel)	7 días antes del procedimiento
Lovenox (Enoxaparin)	24 horas antes del procedimiento
Arixtra (Fondaparinux)	24 horas antes del procedimiento
Pradaxa (Dabigatran)	2 días antes del procedimiento
Xarelto (Rivaroxaban)	2 días antes del procedimiento
Eliquis (Apixaban)	2 días antes del procedimiento

➤ **Si es diabético por favor siga estas pautas:**

Si está tomando Lantus o insulina de acción prolongada, tome solo media dosis a la medianoche antes de su procedimiento, **y lleve la insulina con usted el día del procedimiento.**

Glimepirida (Amaryl) celebra el día del procedimiento

Glucotrol (Glipizide) celebra el día del procedimiento

Actos (pioglitazona)

Invokana (Canaglifl ozin)

Januvia (Sitagliptina)

- NADA PARA COMER O BEBER DESPUES DE LA MEDIANOCHE
- ABSOLUTAMENTE NO COMER NI BEBER EL DÍA DE SU PROCEDIMIENTO
- ¡USTED PUEDE TOMAR CUALQUIER MEDICACIÓN NECESARIA SOLAMENTE CON UN POQUITO DE AGUA!

➤ **Política de cancelación:** requerimos un mínimo de 4 días hábiles de aviso de cancelación o habrá un cargo mínimo de \$ 200.

➤ No planea trabajar o conducir el resto del día después de su procedimiento debido a la sedación administrada durante el procedimiento.

➤ Proporcione un número de contacto para la confirmación del procedimiento. (____) ____-_____

Iniciales :

Sus iniciales confirman que se le han dado estas instrucciones.