





COLONOSCOPIA 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

| Por adelantado, Antes del procedimiento | 3 Dias Antes Fecha: _____ | 2 Dias Antes Fecha: _____ | Dia de preparación Fecha: _____ | Dia del procedimiento Fecha: _____ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>➤ Compra: MiraLAX, botella de 238g Dulcolax, pastillas de 4(5mg) Gatorade o Crystal Light, 64oz (No rojo ni morado).</p> <p>➤ Encargese de: Que un adulto responsable permanezca con usted durante el procedimiento y lo lleve a casa después del procedimiento.</p> <p>➤ Último día para cancelar: Llame a la oficina si necesita cancelar su cita o si tiene alguna pregunta: (951)652-2252</p> | <p>➤ Confirmar: Confirme con el adulto con el que tiene arreglos para ser conducido a casa después del procedimiento</p> <p>➤ Deje de tomar estos medicamentos: Coumadin (Warfarin)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Si usted tiene un copago le llamaremos antes de su procedimiento para informarle. Su copago se debe pagar en el momento del servicio. ERECTIVO, TARJETA DE CREDITO, O GIRO POSTAL</p> | <p>➤ Hidratar: Tomar por lo menos 4 vasos grandes de agua durante el día!</p>  <p>Ningún alimento sólido después de la medianoche y hasta que le den de alta del procedimiento.</p> <p>➤ Deje de tomar estos medicamentos: Pradaxa(Dabigatran) Xarelto(Rivaroxaban) Eliquis(Apixaban)</p> <p>Si no le hemos llamado para comunicarle de su copago, por favor llame a la oficina (951)652-2252.</p> | <p>➤ 8 a.m.: Comience la dieta de líquidos claros, no leche, lácteos, no jugos rojos, no jugos anaranjados. Hidratar: Tomar por lo menos 4 vasos de agua durante el día!</p>  <p>➤ 3 p.m.: Tomar 2 pastillas de Dulcolax.</p> <p>➤ 4 p.m.: Mezclar 238g de MiraLAX en 63oz de Gatorade/ Crystal Light. Agite hasta disolver. Tomar un vaso de solución cada 15 min. hasta que quede media botella. Apartar a un lado.</p> <p>➤ 5 p.m.: Tomar las 2 pastillas de Dulcolax.</p> <p>➤ 8 p.m.: Tomar el restante de la solución de la botella de Miralax/ Gatorade.</p> <p>Si siente náusea o vómito, descanse 30 min. y después continúe tomando la solución.</p> <p>➤ Deje de tomar estos medicamentos: Lovenox(Enoxaparin) Arxtra(Fondaparinux)</p> | <p>➤ Usted puede tomar sus medicamentos esenciales por la mañana con unos pequeños sorbos de agua.</p> <p>➤ No tomar nada por lo menos 4 hrs antes del procedimiento, esto incluye agua antes del procedimiento, esto incluye agua!</p> <p>➤ Traer: Chofer responsable, tarjeta del seguro, identificación con foto, y honorarios del copago.</p> <p>➤ Note: La calidad de su preparación es la única cosa que usted puede controlar y le dará al médico la mejor vista posible sin tener que repetir el procedimiento.</p> |

Usted recibirá una llamada de nuestra oficina la noche anterior de su cita. Lunes a viernes entre 12:00 p.m. —3:p.m. para recibir su hora de registro para el día de la cita.

Iniciales: sus initials. Confirman que se le ha dado esta información.



Por favor observe las siguientes instrucciones

- El copago or cualquier dinero debido tendra que ser pagado antes de su procedimiento, en efectivo, crédito o giro postal.
- La entrada al centro de la endoscopia de Hemet está alrededor de la parte posterior del estacionamiento, Suite #104.

➤ **Descontinúe todos los diluyentes de sangre abajo:**

| | |
|------------------------|-------------------------------|
| Coumadin (Warfarin) | 3 días antes de procedimiento |
| Plavix (Clopidogrel) | 7 días antes de procedimiento |
| Lovenox (Enoxaparin) | 24 hrs antes de procedimiento |
| Arixtra (Fondaparinux) | 24 hrs antes de procedimiento |
| Pradaxa (Dabigatran) | 2 días antes de procedimiento |
| Xarelto (Rivaroxaban) | 2 días antes de procedimiento |
| Eliquis (Apixaban) | 2 días antes de procedimiento |

- Si es diabético por favor siga estas instrucciones: Si toma Lantus o insulina de acción prolongada solo tome 1/2 dosis a la medianoche antes de su procedimiento, y **traiga la insulina el día su procedimiento.**
 - Glimepiride (Amaryl) retenga el día de procedimiento
 - Glucotrol (Glipizide) retenga el día de procedimiento
 - Glucophage (Metformin) retenga el día de procedimiento
 - Actos (Pioglitazone)
 - Invokana (Canaglifl ozin)

- Comience la dieta de líquidos claros a las 8:00 a.m. el día antes de su procedimiento.

ABSOLUTAMENTE NINGUNA COMIDA SOLIDA! No leche ni productos lácteos, no jugo de naranja, no jugos rojos ni morados.

Dieta de líquidos claros:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ AGUA ➤ Caldo de pollo ➤ Caldo de res ➤ Caldo de verduras | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Te o café (no crema ni leche) Flavored ➤ Tes saborizados ➤ Caramelos duros ➤ Gelatina (no roja ni morada) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Refrescos claros (Sprite, 7-up) 2. Jugo de manzana o de uva blanca 3. Paletas (no rojas ni moradas) 4. Gatorade |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- **ABSOLUTAMENTE NO COMER NI BEBER EL DIA DE SU PROCEDIMIENTO**

➤ **Póliza de cancelación:** Requerimos aviso de cancelación un mínimo de 4 días hábiles, o habrá un cargo de \$200.00. **SI USTED REPROGRAMMA SU CITA MAS DE DOS VECES TENDRA QUE REGRESAR A SU MEDICO PRIMARIO.**

- No planee en trabajar o manejar el resto del tras de su procedimiento dado a la sedación administrada durante su procedimiento.

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

Iniciales:

sus initials.
Confirman que se
le ha dado esta
información.