



Información para su Procedimiento

Gracias por haber elegido el Center for Digestive Health. Nuestro objetivo es brindarle un servicio amable, eficiente de una manera profesional. Este es un recordatorio para su próxima cita del procedimiento.

Usted recibirá un recordatorio por correo con su fecha y hora de llegada. Por favor, lea las instrucciones de preparación al menos una semana antes de su cita del procedimiento.

INFORMACION MUY IMPORTANTE!

- Si tomas Coumadin (Warfarin), Plavix, Aggrenox, Pradaxa, Effient, Pletal, Brilinta, Eliquis o cualquier otro anticoagulante para su Corazón o para evitar un ataque de Corazón o coagulo de sangre, **FAVOR DE ESPERAR** para **instrucciones para POSIBLEMENTE parar este medicamento**. Por favor llame la oficina (sino ha recibido instrucciones)
- **NO PARES** de tomar Aspirina. Si puedes tomar Tylenol. (Tillenol)
- **PARA** de tomar: Pastillas de Hierro o Pepto-Bismol, Aceite de Pescado, Vitamina E o medicamentos herbarios 5 días antes de su procedimiento.
- Si está **ENFERMO(A)**, tiene **SÍNTOMA** de resfriado, estas tomando algún **ANTIBIOTICO**, alguna prueba de estrés o corazón pendiente o tiene un **GRAN CAMBIO** en su historial médico, Por favor, llame a la oficina **INMEDIATAMENTE**.
- Para preguntas sobre su seguro medico o responsabilidades financieras – Por favor de llamar 407-241-3279

FINANCIAL POLICY: Cualquier copago y deducible serán recogidos por adelantado. Cualquier pregunta relacionada con el pago debido en el momento del servicio, póngase en contacto con nuestros representantes de oficinas de negocios para ayudarle con cualquier pregunta. Estos solo son un estimado probado por su seguro medico ... cualquier pregunta adicional por favor, póngase en contacto con su Compañía de Seguros.

CANCELLATION POLICY: Cancelaciones requieren un aviso de 48 horas.

* Para cancelar una cita de Procedimiento, debe llamar al Teléfono de cancelación dedicada al 407-896-1726 ext. 631.... Habrá un cargo de \$ 100 para las cancelaciones no son de emergencia

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, Ponce en contacto con nosotros al

407-896-1726

Esperamos poder brindarle la mejor atención que se merece.



Folleto de Información para su Procedimiento

Su médico le ha asignado el siguiente procedimiento **Endoscopia Superio**

Su cita con el Centro de Endoscopia Digestiva para su procedimiento endoscópico.

Dirección: 1817 N. Mills Ave. Orlando FL. 32803 Telephone: 407-896-1726

Para lograr un exito procedimiento – por favor siga estas instrucciones de limpieza 5 DIAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO:

Favor de leer la pagina numero 1 para información MUY IMPORTANTE.

EL DIA ANTERIOR DE SU PROCEDIMIENTO:

1. **SI USTED ES DIABETICO(A) y tomas PASTILLAS - NO** la tome el día de su limpieza **O** en el día de su procedimiento.
 - a. **Si usas INSULINA:** Por favor de llamar a su doctor que le controla su diabetes para información sobre la dosis de la insulina el día de su preparación y de su procedimiento.
2. **No puedes comer nada solido después de las 6pm.**
 - ✓ Solo Líquidos son aceptables hasta la medianoche.
 - ✓ **NO PUEDES TOMAR NADA.** (esto incluye agua)

LIQUIDOS CLARO *NADA ROJO*

- Agua, café negro o tea sin leche o crema (azúcar es ok)
- Jugos de manzana, uva blanca, jugos de cranberry blanco o agua con sabor
- Sodas sin cafeína, Gatorade, Powerade o Crystal light.
- Caldo de sopa claros. (sin galletas o fideos)
- Postres congelados como el sorbete.
- **NO** tomes alcohol o líquidos que contienen alcohol

LA MANANA DE SU PROCEDIMIENTO

1. **NO PUEDES TOMAR NADA LA MANANA DE SU PROCEDIMIENTO.**
2. Usted puede cepillarse los dientes. **NO BEBAS AGUA.**
3. Usted **NO PUEDE** masticar chicle, usar enjuague bucal, comer dulces o mentas, refrescante aerosol de aliento en la mañana de su procedimiento
4. Si usted toma algun medicamento para la Presion, Corazon, Epilepsia, Asthma, Parkinson o Miastenia Gravis en la mañana, Usted **TIENE** que tomárselo **3 HORAS ANTES de su hora de llegada** (si normalmente las tomas en la mañana) con **UN POCO** de agua.
5. **TIENES** que venir acompañado por un amigo o familiar, mayor de 18 anos, para su propia seguridad al retoño a su casa.

**FALTA DE SEGUIR ESTAS INSTRUCCIONES RESULTARA EN LA CANCELACIÓN DE SU PROCEDIMIENTO.
(Fianza por la cancelación será aplicado)**

Patient Sign: _____

Date: _____