



INSTRUCCIONES PRE-PROCEDIMIENTO

Fecha de procedimiento: ____ / ____ / ____ Hora estimada de arribo: ____ : ____ AM / PM

Procedimiento: Colonoscopia EGD

Ubicación:

- Westgreen Surgical Center 750 Westgreen Blvd, Katy, TX 77450 281-646-9832
- Memorial Hermann Surgery Center 23920 Katy Freeway #200 Katy, TX 77494 -281-644-3200
- Memorial Hermann Katy Hospital 23900 Katy Freeway Katy, TX 77494 – 281-644-7200

Favor de contactar Anestesiología antes del día de su procedimiento para obtener costo estimado o responsabilidad financiera del paciente en caso de que no se encuentra en la red de su seguro 713-636-9720 opt.1

El procedimiento tomará aproximadamente 30-45 minutos para completar. El tiempo total en las instalaciones será aproximadamente de 2.5-3 horas. Usted debe planear tomar el día libre del trabajo. Para su seguridad no podrá conducir a casa después del procedimiento. **Por favor haga arreglos para que un adulto responsable te acompañe y te lleve a casa.**

El horario proporcionado para su procedimiento cuando se agenda su cita es un tiempo estimado que podrá ser sujeto a cambios por las instalaciones médicas.

La instalación llamará para confirmar su cita y hora de llegada el día antes del procedimiento. Si le dan una hora de llegada diferente en ese momento por favor llegue al tiempo que fue dada por el personal de la institución.

Favor de hacerse informado que los costos por los servicios brindados por el Dr Maher, instalaciones médicas, Anestesiología y patología son cargos que se realizan de forma individual y mediante cada institución.

Los costos estimados proporcionados por la oficina son específicamente por los servicios del Dr. Maher.

Es responsabilidad del paciente obtener la información de costos con cada una de las entidades previo a la fecha en que se agendo el procedimiento. _____.

Todos los procedimientos deberán ser cancelados o reprogramados por lo menos 48 horas hábiles antes del día de su procedimiento. De no hacerlo, dará lugar a un cargo de \$100.00 _____.

COLONOSCOPIA/EGD (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA)

(Instrucciones Pre-procedimiento)

- **No tome anticoagulantes 7 días antes de su procedimiento.**
- **Evite** tomar cualquier pastilla de dieta que contenga fentermina 14 días antes de su procedimiento.
- **Evitar los suplementos de fibra, hierro y vitaminas. Productos similares a aspirina tales como Ibuprofeno, Advil, Aleve y ciertos medicamentos para la artritis 5 días antes de su procedimiento.**
- **DIABÉTICOS:** No tome medicamentos diabéticos, incluyendo insulina, en la mañana de su procedimiento.

EGD procedimiento: Nada de comer o tomar después de la medianoche.



Preparados dietéticos para la colonoscopia

_____ **Dos días** antes de su procedimiento **evite** todas las frutas que contienen semillas; evitar granos enteros y nueces, no comer maíz o verduras crudas; evite arroz, res, cerdo, productos de leche/lácteos, evite alimentos o bebidas que son de color rojo, azul, o morado.

****Alimentos que puede comer dos días antes:** pollo, pavo, pescado, huevos, mantequilla de maní (cacahuete), pan de trigo blanco, manzanas, peras, plátanos, pasta, vegetales cocidos o al vapor.

El día antes del procedimiento (_____)

Estará en una **dieta de líquidos claros todo el día antes de su colonoscopia.**

Opciones de líquido claro ---No coma gelatina

Agua limonada (sin pulpa) jugo de manzana jugo de uva blanca
Café negro té Sodas claras (Sprite, Mountain Dew, etc.) Caldo (pollo, caldo, consomé)
Bebidas Deportivas (Gatorade/Powerade; excepto bebidas de colores rojos, azules y morado)

La noche antes de su procedimiento,

Iniciar primer dosis de SUPREP a las 6:00 PM.

(Se recomienda refrigerar medicamento y tomar utilizando un popote)

- Verter 6 oz botella de Suprep líquido en el recipiente de mezcla.
- Agregue agua hasta la marca de 16 oz en el recipiente de mezcla
- Beber todo el líquido en el recipiente.
- En el transcurso de una hora deberá tomar dos (2) vasos más de 16 onzas de agua.

Mañana del día de su procedimiento.

****Comienza a tomar su segunda dosis 4 horas antes de la hora programada para procedimiento**

Teniendo su procedimiento agendado a las _____. Va a iniciar segunda dosis a las _____.

****Tome en cuenta que si el horario de su procedimiento cambia, también la hora a la que iniciara su segunda dosis de la preparación****

No comer ni beber nada después de haber completado su preparación.

Resultados de la biopsia: se enviarán por medio del portal del pacientes 10-14 días posterior a la fecha de su procedimiento.

Si no puede acceder a su portal por favor, póngase en contacto con nuestra oficina.

Por favor, no dude en llamar a nuestra oficina si tiene alguna pregunta con respecto a su procedimiento.

281-945-5190 x 103