

GASTROSCOPY/EGD PREP INSTRUCTIONS

Usted está programado on _____ con el Dr. _____

Be at the marked location by _____ AM / PM for procedure to begin by _____ AM / PM

*Usted será sedado y **DEBE** traer a alguien mayor de 18 años para que se quede con usted y lo lleve a casa de manera segura. Nadie podrá acceder a Uber/Lyft/Taxi/bus, a menos que esté acompañado por un adulto responsable. Tenga en cuenta que no puede conducir durante 24 horas después de la anestesia.*

MEDICAMENTOS:



- Si está tomando CUALQUIER anticoagulante, es decir, Coumadin (Warfarina), Plavix, Pradaxa, Pletal, Eliquis, Effient, Xarelto, Brilinta, llame a nuestra oficina para obtener instrucciones sobre la posibilidad de suspender el medicamento..
- **DEBE** tomar sus medicamentos para la presión arterial, el corazón, las convulsiones, el Parkinson, el asma o la miastenia gravis (si normalmente se toman por la mañana) **3 horas antes de llegar, con un pequeño sorbo de agua.**
 - Todos los demás medicamentos se pueden tomar después del procedimiento.
- Si usted toma cualquier dosis de aspirina – **NO DEJE DE TOMARLA!** Continuar con normalidad.
- A menos que se especifique a continuación, continúe con sus medicamentos como de costumbre.
- **Para pacientes dependientes de INSULINA:** llame al médico que controla su diabetes para obtener instrucciones..

UNO SEMANA ANTES:

- Deje de tomar Ozempic/Wegovy/Mounjaro/Semaglutide (si se toma para bajar de peso).

CINCO DÍAS ANTES:

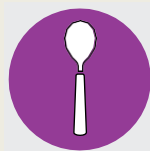
- Deje de tomar cualquier píldora de hierro, Pepto-Bismol, aceite de pescado, vitamina E y / o hierbas medicinales.
- Suspnda cualquier supresor de la dieta/apetito, como phentermine.
- Deje de tomar cualquier ADHD/ADD medicamentos, es decir, Adderall/Vyvanse, si su cuerpo le permite suspender este medicamento.

UN DÍA ANTES:

- Evite el uso de drogas recreativas/callejeras no recetadas, incluida la marihuana.
- NO tome ningún medicamento **ORAL** para la diabetes.



SI ESTÁ ENFERMO, TIENE CUALQUIER SÍNTOMA DE RESFRIADO, TOMA ANTIBIÓTICOS, ESTÁ PENDIENTE DE PRUEBAS CARDÍACAS / PULMONARES O TIENE ALGÚN CAMBIO IMPORTANTE EN SU HISTORIAL MÉDICO: LLAME A NUESTRA OFICINA INMEDIATAMENTE PARA RECIBIR INSTRUCCIONES..



1 DÍA ANTES de su procedimiento, **coma** solo una **DIETA LÍQUIDA CLARA Después de las 6pm**. Una dieta de líquidos claros consiste solo en líquidos que puede leer un periódico. **¡SIN ALIMENTOS SÓLIDOS!** Sin alcohol, leche / productos lácteos o cremas no lácteas. **SIN ROJO NI PÚRPURA!**

DIETA DE LÍQUIDOS CLAROS INCLUYE (limitarse a solo agua le causará náuseas / vómitos al comenzar la preparación):

- Agua, agua mineral
- Zumos de frutas claras sin pulpa (manzana, uva blanca, arándano blanco, limonada, etc..)
- Suave carbonatado y no carbonatado claro bebidas
- Bebidas deportivas (Gatorade, Powerade), Pedialyte y/o Ensure Clear
- Caldo (caldo de pollo, carne de res, verduras o huesos))
- Paletas, sorbetes o gelatina (como Jell-O)
- Café o té (sin leche o crema; el azúcar está bien)

POLÍTICA FINANCIERA: Cualquier copago y/o deducible se cobrará en el momento del servicio. Llame a nuestro departamento de facturación para obtener más ayuda al 407.896.1726 ext. 405, antes de la fecha del procedimiento.

GASTROSCOPY/EGD PREP INSTRUCTIONS

YOUR PREPARATION:



NOCHE ANTES DE su procedimiento, **no coma alimentos sólidos** después de las 6:00 p.m. Usted puede tener una dieta normal hasta las 6:00 pm. Los líquidos claros se pueden consumir hasta cuatro horas antes de la hora del procedimiento..



MANTÉNGASE HIDRATADO con al menos 12 vasos altos (aproximadamente 8-10 onzas cada uno) de líquidos claros durante toda la noche, además de lo que bebe con su medicamento de preparación intestinal, para prevenir la deshidratación.



4 HORAS ANTES de su procedimiento, debe **DEJAR DE BEBER TODOS LOS LÍQUIDOS CLAROS**. Esto significa que no debe tener nada por vía oral 4 horas antes de su colonoscopia y en adelante. Esto incluye sin aerosol para el aliento, dulces, chicles, mentas. Puede cepillarse los dientes.

****NO SEGUIR LAS INSTRUCCIONES RESULTARÁ EN LA CANCELACIÓN DE SU PROCEDIMIENTO (se aplica una tarifa) ** REQUERIMOS UN AVISO DE 48 HORAS PARA CUALQUIER CANCELACIÓN PARA EVITAR UN CARGO DE \$ 150**

CENTER FOR DIGESTIVE ENDOSCOPY

1817 N MILLS AVE
ORLANDO, FL 32803

SUMMERPORT SURGERY CENTER

5151 WINTER GARDEN VINELAND RD
STE 108
WINDEREMERE, FL 34786

ADVENT HEALTH WINTER GARDEN ASC

2000 FOWLER GROVE BLVD
WINTER GARDEN, FL 34787

SOUTH LAKE ENDOSCOPY

2040 OAKLEY SEAVER DR
CLERMONT, FL 34711

ADVENT HEALTH ORLANDO

601 E ROLLINS ST
ORLANDO, FL 32803

ADVENT HEALTH, HEALTH VILLAGE

2415 N ORANGE AVE
STE 201
ORLANDO, FL 32804

ORLANDO HEALTH

52 W UNDERWOOD ST
ORLANDO, FL 32806