

INSTRUCCIONES PARA LA BIOBSIA DEL HIGADO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del Procedimiento: _____ Hora: _____ Lugar: _____ Repórtese a las Instalaciones: _____

1. Planee permanecer en las instalaciones de paciente externo aproximadamente seis (6) horas.
2. **No coma o beba después de la media noche.** Si el procedimiento está programado para la tarde, usted puede beber únicamente líquidos claros hasta seis (6) horas antes del procedimiento, después nada de comer o beber. *Líquidos claros: Café negro, té, agua, jugos de fruta claros como manzana, uvas, arándano, caldo, gelatina de sabor sin fruta, Kool-Aid, Hi-C, paletas de helado, helado Italiano, Gatorade cualquier soda (de dieta y regular). **NO BEBIDAS ALCOHOLICAS.**
3. No medicamentos para el dolor de venta libre tales como aspirina, productos con aspirina, Aleve (Naproxen), Ibuprofen (Motrin), Advil o medicamentos similares de 5-7 días antes del examen. Es aceptable Tylenol (acetaminofen)
4. Se debe tomar los medicamentos matutinos que usted está permitido tomar y terminar a su tiempo usual posible, pero por lo menos dos (2) horas antes de su procedimiento y con solo un trago de agua.
5. Instrucciones especiales de medicamentos: _____

EN EL DIA DEL PROCEDIMIENTO ALGUIEN LO TIENE QUE LLEVAR A SU CASA DEL HOSPITAL O INSTALACIONES DE PACIENTE EXTERNO. USTED NO DEBE CONDUCIR UN VEHÍCULO CON MOTOR, OPERAR CUALQUIER EQUIPO, O REGRESAR A TRABAJAR HASTA EL SIGUIENTE DIA.

LE COMUNICAMOS QUE CUALQUIER VALOR QUE USTED ELIJA TRAER A SU EXAMEN SERÁ LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE Y/O EL CHOFER. PUEDE TRAER SUS ANTEOJOS PARA LEER Y LOS FORMULARIOS DEL PROCEDIMIENTO FIRMADOS. *RGAL/MAGIC NO SE RESPONSABILIZA POR SUS COSAS DE VALOR.* Por propósitos de verificación del paciente se requiere una identificación con fotografía al momento de registrarse.

Por favor llame a RGAL si tiene algunas preguntas y si necesita reprogramar o cancelar su procedimiento notifique al consultorio dentro de 72 horas hábiles (717-544-3400). El no cancelar su procedimiento dentro de 72 horas hábiles resultará en cargos adicionales como también un cargo por cualquier servicio auxiliar no cancelado.

Fecha: _____ Firma de la Enfermera: _____

