

SIGMOIDOSCOPIA
(Citrato de Magnesio y Preparación Fleet Enema)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

ES IMPORTANTE QUE SU COLON ESTE LIMPIO PARA ESTE EXAMEN.

Por favor lea las siguientes instrucciones.

Día Antes del Examen:

1. Coma un desayuno, almuerzo y cena normal.
2. Después de su cena, tome una botella de 10 oz. de Citrato de Magnesio.*
3. No ingiera alimentos sólidos después de su cena. Únicamente líquidos claros. **LIQUIDOS CLAROS PERMITIDOS:** café negro o té, agua, jugos de frutas claros como manzana, uvas blancas, arándano blanco, gelatina de sabor sin fruta, caldo, Hi-C, Kool-Aid, paletas de helado, helado Italiano, Gatorade o cualquier soda (de dieta o regular). Por favor evite tomar líquidos que sean de color rojos o morados. Son aceptables de colores verde, amarillo, naranja y azul. **NO BEBIDAS ALCOHOLICAS.**
4. A la hora de acostarse, use solo un FLETE ENEMA.*

Día del Procedimiento:

1. Únicamente puede tomar líquidos claros.
2. Sus instrucciones de medicamento son:
_____ Tome todos sus medicamentos normalmente (incluyendo de presión arterial y cardíaca)
_____ No aspirinas o productos que contengan aspirina por _____ días antes del examen. Es aceptable Tylenol (acetaminofen)
_____ No Coumadin (warfarin) por _____ días antes del examen.
_____ No hierro o medicamento que contenga hierro por _____ días antes del examen.
_____ No NSAIDS (medicamento anti-inflamatorio sin esteroide) tales como Aleve (Naproxen), Ibuprofen (Motrin), Advil, o medicamentos similares por _____ días antes del examen
_____ Instrucciones especiales de medicamento diabético. _____
_____ Otro: _____
3. Una hora antes de salir de su casa hacia el procedimiento, auto adminístrese un FLEET ENEMA.*
4. Por favor llame a RGAL si tiene algunas preguntas al 717-544-3400.

*Fleet Enemas y Citrato de Magnesio pueden ser comprados en cualquier farmacia, sin una receta.

LE COMUNICAMOS QUE CUALQUIER VALOR QUE USTED ELIJA TRAER A SU EXAMEN SERÁ LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE. 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.

Por favor espere 14 días antes de llamar para los resultados.

Fecha: _____ Firma de la Enfermera: _____

