

**INSTRUCCIONES PARA ENDOSCOPIA SUPERIOR/ DILATACIÓN/ ERCP**  
(encierre uno)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del Procedimiento: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_ Repórtese a las instalaciones: \_\_\_\_\_

1. **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 permitidos: Café negro, té, agua, jugos de fruta claros como manzana, uvas blancas, arándano blanco, caldo, gelatina de sabor sin fruta, Kool-Aid, Hi-C, paleta de helado, helado Italiano, Gatorade cualquier soda (de dieta y regular). **NO BEBIDAS ALCOHOLICAS.**

2. Sus instrucciones de medicamento son:

- \_\_\_\_\_ Tome todos sus medicamentos normal (incluyendo de presión arterial y cardiaca)
- \_\_\_\_\_ No aspirinas o productos que contengan aspirina por \_\_\_\_\_ días antes del examen.
- \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ días antes de este examen.
- \_\_\_\_\_ Instrucciones especiales de medicamento diabético. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

3. 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.

**EN EL DIA DEL PROCEDIMIENTO ALGUIEN LO TIENE QUE LLEVAR A SU CASA DEL CONSULTORIO, 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 FIRMAR LOS FORMULARIOS DEL PROCEDIMIENTO. **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: \_\_\_\_\_

