

Gastroenterología Avanzada Del Condado de Bergen, P.A.

Gastroenterología ♦ Hepatología ♦ Endoscopia Gastrointestinal

Richard K. Chessler, M.D.

Barry M. Zingler, M.D.

Mitchell K. Spinnell, M.D.

Michael E. Meininger, M.D.

Marc A. Fiorillo, M.D.

140 Sylvan Ave., Ste., 101A-101B
Englewood Cliffs, NJ 07632

Tel: 201-945-6564

Fax: 201-461-9038

Programar Examinación:
201-346-9912

Consultar Facturación:
201-461-5439

**SU CITA ESTÁ
PLANIFICADA PARA:**

FECHA: _____ HORA: _____

Para Registrarse

DR: _____

UBICACIÓN: SSC&Z ENDOSCOPY CENTER STE, 101B

ATENCIÓN PACIENTES:

¡¡POR FAVOR LEA EL CONTENIDO DE ESTE
PAQUETE AL MENOS 1 SEMANA
ANTES DE SU CITA!!

¡¡DE LO CONTRARIO PUEDE PROVOCAR
PROBLEMAS CON SU CITA!!

Gastroenterología Avanzada Del Condado de Bergen, P.A.

Gastroenterología ♦ Hepatología ♦ Endoscopia Gastrointestinal

Richard K. Chessler, M.D.

Barry M. Zingler, M.D.

Mitchell K. Spinnell, M.D.

Michael E. Meininger, M.D.

Marc A. Fiorillo, M.D.

140 Sylvan Ave., Ste., 101A-101B
Englewood Cliffs, NJ 07632

Tel: 201-945-6564

Fax: 201-461-9038

Programar Examinación:
201-346-9912

Consultar Facturación:
201-461-5439

Querido(a) Paciente:

Usted está programado para tener un procedimiento endoscópico en nuestro Centro de Endoscopia S,S, Y Z, situado en el primer piso de 140 Sylvan Avenue, Englewood Cliffs, Nueva Jersey. Hay una cuota por el uso de este servicio, así como un cargo por separado por los servicios del médico. **Tenga en cuenta que estos procedimientos no se llevan a cabo en un consultorio médico, sino más bien un centro quirúrgico ambulatorio certificado.** Es nuestra sugerencia de que se verifique con su compañía de seguros si usted tiene o no deducibles, copagos, o co-seguros relacionados con el uso de este servicio. Tenga en cuenta que el Centro de Endoscopia S,S, Y Z no participa en todos los planes. Le recomendamos que llame a su compañía de seguros para verificar el estado de la participación. Si el Centro de Endoscopia S, S, Y Z no participa con su plan de seguro, sus gastos de beneficios de fuera de la red (si corresponde) se utilizarán y usted será responsable de cualquier deducible según lo dictado por su plan.

Además de los cargos mencionados arriba también habrá un cargo adicional por las biopsias tomadas en el momento de su procedimiento. Estas biopsias se envían a un laboratorio independiente para su evaluación. Estos cargos se someterán a su seguro por el laboratorio, pero los cargos no cubiertos serán facturados a usted directamente. Si usted recibe una factura del laboratorio, debe llamarlos directamente, ya que nuestra oficina no tiene control sobre sus prácticas de facturación.

Si usted tiene un procedimiento que se realiza en el Centro de Endoscopia S, S, C & Z, la anestesia será proporcionada a usted por un médico miembro de nuestra práctica. Este médico está fuera de la red para la mayoría de los seguros. Algunos planes le pagarán a usted, el paciente, directamente y en ese momento le pedimos que usted endorse el pago y lo envíe a nuestra oficina. **Usted será responsable de cualquier deducible, copagos y co-seguros según lo dictado por su plan de seguro.**

Aunque nuestros gastroenterólogos participan con la mayoría de las compañías de seguro, es imposible para nuestra oficina conocer la cobertura individual de cada paciente. Por lo tanto, le instamos que contacte a su compañía de seguros antes de su procedimiento para ver exactamente cuáles son sus beneficios. Usted, como el paciente es responsable de conocer y entender su plan de seguro. Usted será responsable de todos los copagos, deducibles y co-seguros de acuerdo a su seguro. Nuestro personal se pre-certificará su procedimiento y someterá la reclamación a su compañía de seguros, sin embargo, no verá sus beneficios individuales.

Si el procedimiento es estrictamente un procedimiento de selección, por favor, asegúrese de llamar a su seguro para verificar que usted tiene cobertura para este tipo de servicios. Proyecciones incluyen los procedimientos cuando no tiene síntomas, pero, se recomienda por razones de edad / o si tiene antecedentes familiares de cáncer.

Gastroenterología Avanzada Del Condado de Bergen, P.A.

Gastroenterología ♦ Hepatología ♦ Endoscopia Gastrointestinal

Richard K. Chessler, M.D.

Barry M. Zingler, M.D.

Mitchell K. Spiimell, M.D.

Michael E. Meininger, M.D.

Marc A. Fiorillo, M.D.

140 Sylvan Ave., Ste., 101A-101B
Englewood Cliffs, NJ 07632

Tel: 201-945-6564

Fax: 201-461-9038

Programar Examinación:
201-346-9912

Consultar Facturación:
201-461-5439

Al recibir este paquete, por favor notifique a la oficina de su cobertura de seguro directo y mande por correo o por fax una copia del anverso y reverso de su tarjeta de seguro junto con cualquier referencia si corresponde a la dirección o número de fax a la izquierda. **Debemos tener estas copias, así como esta página firmada por lo menos una semana antes de su procedimiento.** Si estos no son recibidos no tendremos más remedio que **CANCELAR** su procedimiento. Si necesita cancelar su procedimiento le pedimos respetuosamente que nos notifique con por lo menos 72 horas de antelación, o habrá un cargo por cancelación de \$150. La falta de hacer alguno de los anteriores puede traer como consecuencia que **USTED** sea el responsable del pago de la factura completa.

*He leído y entendido la información anterior
y me comprometo a pagar en consecuencia.*

NOMBRE IMPRESO: _____

NOMBRE FIRMADO: _____ FECHA: _____

Favor de traer todas las formas Firmadas el día del procedimiento

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PERCENT

SSC&Z Centro de Endoscopia

- I. El paciente será informado verbalmente y por escrito de sus derechos antes de la fecha del procedimiento, en términos que el paciente pueda entender. Una firma reconociendo el recibir la notificación verbal y escrita de estos derechos antes del día del procedimiento se obtendrá del paciente y/o el tutor legal y será colocada en el expediente del paciente como parte de la historia clínica permanente.
- II. El paciente será informado de los servicios ofrecidos en el Centro Quirúrgico, los nombres del personal profesional y un estatus profesional de quien se está proporcionando y/o es responsable de su cuidado, incluyendo información sobre las disposiciones para las instalaciones de emergencia y después de horas y atención de emergencia.
- III. El paciente será informado de las comisiones y gastos relacionados, incluyendo el pago, el cargo, depósito, y la póliza de devolución del Centro de Cirugía y los cargos no cubiertos por terceros pagadores o por la tasa básica del Centro de Cirugía.
- IV. El paciente será informado de los cuidados de salud e instituciones educativas que participan en el tratamiento del paciente.
- V. El paciente será informado de la identidad y la función de estas instituciones, y tiene el derecho de rechazar el uso de tales instituciones.
- VI. El paciente será informado, en términos que el paciente pueda entender, de su completo estado de salud o de su diagnóstico, el tratamiento recomendado, las opciones de tratamiento, incluyendo la opción de no recibir tratamiento, los riesgos del tratamiento, y los resultados esperados. Si esta información sería perjudicial para la salud del paciente, o si el paciente no es capaz de comprender la información, la información será proporcionada a un familiar cercano o a su tutor. Esta revelación de información al familiar o tutor, así como la razón para no informar al paciente directamente será documentado en el expediente del paciente.
- VII. El paciente participará en la planificación de su cuidado, y tiene el derecho de rechazar dicha atención y los medicamentos. La negativa será documentado en el expediente del paciente.
- VIII. El paciente será incluido en la atención experimental si el paciente ha aceptado tal e informado y escrito da su consentimiento al tratamiento, o cuando el tutor haya dado su consentimiento a dicho tratamiento. El paciente también tiene el derecho a rechazar un tratamiento experimental tales.
- IX. El paciente tiene derecho a expresar quejas o recomendar cambios en las pólizas y servicios para el personal del Centro de Cirugía, la autoridad de gobierno y/o a sus representantes de fuera de la elección del paciente, sin restricciones, interferencia, coerción, discriminación o represalias.
- X. El paciente estará libre de abuso mental y físico, libres de explotación, y libre de uso de restricciones a menos que estén autorizados por un médico durante un periodo limitado de tiempo para proteger al paciente u otras personas de una lesión. Drogas y otros medicamentos no deben utilizarse para la disciplina de los pacientes o por conveniencia del personal del Centro de Cirugía.
- XI. El paciente puede estar seguro de tratamiento confidencial de la información sobre él / ella misma. Información en el expediente médico del paciente no será revelada a nadie fuera de las instalaciones sin la aprobación del paciente, a menos que otra institución de salud a la que el paciente fue trasladado exige que la información sea otorgada, o a menos que la divulgación de la información es requerida o permitida por la ley, un contrato de pago de terceros, o una revisión por pares, o que la información sea necesaria por el Departamento de Salud del Estado de Nueva Jersey para los propósitos autorizados por ley. La instalación, puede proporcionar información sobre el paciente para los estudios que contiene estadísticas globales cuando la identidad del paciente se encuentra cubierta.
- XII. El paciente recibirá un trato cortés, consideración, respeto y reconocimiento de la dignidad del paciente, la individualidad y el derecho a privacidad, incluyendo pero no limitado a, privacidad auditiva y visual. La intimidad del paciente también deberá respetarse cuando el personal de la instalación están discutiendo sobre el paciente.
- XIII. El paciente no tendrá que trabajar en la instalación a menos que el trabajo es parte del tratamiento del paciente y se realiza voluntariamente por el paciente. Dicho trabajo se hará de conformidad con las leyes locales, estatales y federales y las normas.
- XIV. El paciente tiene el derecho de ejercer las libertades civiles y religiosas, incluido el derecho a decisiones personales independientes. No creencias o prácticas religiosas, o cualquier otra asistencia a servicios religiosos, se impondrá a cualquier paciente.
- XV. El paciente tiene derecho a esperar y recibir una gestión de evaluación adecuada y tratamiento del dolor como componente integral de la atención de esa persona.
- XVI. El paciente tiene el derecho a la información credencial de los profesionales de la salud en el Centro.
- XVII. El paciente será informado verbalmente y mediante notificación por escrito antes de la fecha del procedimiento, de los intereses económicos o de propiedad de sus médicos de la ASC. La copia firmada del reconocimiento del paciente y la notificación de los intereses financieros del médico o la propiedad será colocada en el expediente del paciente como parte de la historia clínica permanente.
- XVIII. La política de ASC en las instrucciones previas, incluyendo una descripción de las leyes de salud y seguridad aplicables en NJ y, si así lo solicita, formas oficiales de Instrucciones previas de NJ. La copia firmada del reconocimiento del paciente y la notificación de la póliza de ASC sobre las instrucciones previas se colocará en el expediente del paciente como parte de la historia clínica permanente.
- XIX. El paciente tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento, excepto en los casos previstos por la ley.

- XX. El paciente no será discriminado por su edad, raza, religión, sexo, nacionalidad, o la capacidad de pago, o la privación de los derechos constitucionales, civiles y/o jurídica por el solo hecho de recibir los servicios de la instalación.
- XXI. El paciente tiene el derecho a cambiar de proveedor si otros proveedores calificados están disponibles.
- XXII. El paciente tiene derecho a ser informado sobre los procedimientos para expresar sugerencias, incluidas las quejas y reclamaciones, incluyendo los regulados por los reglamentos estatales y federales.
- XXIII. El paciente tiene el derecho a no ser engañado por el marketing o la publicidad sobre las competencias y capacidades de la organización.
- XXIV. El paciente tiene derecho a recibir información adecuada acerca de la ausencia de cobertura de seguros por negligencia.
- XXV. El paciente tiene derecho a recibir atención en un entorno libre a salvo de toda forma de abuso y acoso.
- XXVI. El paciente es responsable de reportar cambios inesperados en su condición de proveedor de atención médica.
- XXVII. El paciente es responsable de informar al proveedor de atención médica si él o ella comprende un curso contemplado de acción y qué se espera de él o ella.
- XXVIII. El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.
- XXIX. El paciente es responsable de mantener las citas y, cuando él o ella es incapaz de hacerlo por cualquier razón, de notificar al proveedor de atención médica o centro de salud.
- XXX. El paciente es responsable de sus actos, si él o ella rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
- XXXI. El paciente es responsable de asegurar que las obligaciones financieras de la atención de su salud se cumplan tan pronto como sea posible.
- XXXII. El paciente es responsable de seguir las reglas de establecimiento de atención y las regulaciones que afectan la atención y conducta del paciente.
- XXXIII. El paciente es responsable de proporcionar información completa y precisa sobre su salud, cualquier medicamento, incluyendo hierbas y suplementos de venta libre y de cualquier alergia o sensibilidad.
- XXXIV. El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento prescrito por su proveedor.
- XXXV. El paciente es responsable de proporcionar un adulto responsable para su transporte a casa de las instalaciones y permanecer con él/ella durante 24 horas si es requerido por su proveedor.
- XXXVI. El paciente es responsable de informar a su proveedor sobre cualquier testamento vital, poder médico, u otra directiva que podría afectar a sus cuidados.
- XXXVII. El paciente es responsable de ser respetuoso con todos los proveedores de atención médica y personal, así como a otros pacientes.
- XXXVIII. El administrador proveerá a petición de todos los pacientes y/o sus familias, los nombres, direcciones y números de teléfono de las siguientes oficinas donde las quejas podrán ser presentadas:

Division of Health Facilities
 Evaluation and Licensing
 New Jersey Department of Health
 PO Box 367
 Trenton, NJ 08625-0367
 800-792-9770

State of New Jersey
 Office of the Ombudsman for the
 Institutionalized Elderly
 PO Box 808
 Trenton, NJ 08625-808
 609 943-4023
 877-582-6995 toll free

El administrador también deberá proporcionar a todos los pacientes y / o sus familiares, previa solicitud, los nombres, direcciones y números telefónicos de las oficinas donde la información acerca de Medicare y la cobertura de Medicaid se pueden obtener

El sitio web de Medicare Defensor del Pueblo es: <http://www.cms.hhs.gov/center/ombudsman.asp> y está disponible para el público y los pacientes de ASC para obtener información sobre los programas de Medicare y Medicaid, la cobertura de medicamentos recetados, y la forma de coordinar los beneficios de Medicare con otros programas de seguro médico. El sitio web también incluye información sobre cómo presentar una queja o denuncia.

Direcciones y números de teléfono que figura en la línea 38 será muy visible en toda la instalación, incluyendo, pero no limitado a, la sala de espera de admisión, el área de servicio al paciente de la oficina de negocios, y otras áreas públicas.

SSC&Z Endoscopy Center
140 Sylvan Avenue
Suite 101A-101B
Englewood Cliffs, NJ 07632
Tel 201-945-6564 • Fax 201-461-9038



FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LAS INSTALACIONES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE DEL MEDICO: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

YO, EL PACIENTE FIRMANTE Y ANTERIORMENTE MENCIONADO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADO EN Y POR EL MEDICO, PERSONAL DE ENFERMERIA PROFESIONALES DEL CENTRO QUIRURGICO ARRIBA MENCIONADO, QUE PUEDEN INCLUIR PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS DE RUTINA Y TAL TRATAMIENTO MEDICO COMO MI MEDICO O SUS DESIGNADOS PUEDAN ENCONTRAR NECESARIOS. RECONOZCO QUE NO SE ME HA HECHO PROMESAS NI GARANTIAS SOBRE LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES, TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS QUE PUEDA RECIBIR MIENTRAS EN EL CENTRO.

REVELACION DE REGISTROS MEDICOS:

YO AUTORIZO EL CENTRO LIBERAR LA TOTALIDAD O PARTE DE MI EXPEDIENTE MEDICO A (A) HOSPITALES O EMPRESAS DE SERVICIOS MEDICOS, LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS, REPRESENTANTES DE ACCIDENTES DE TRABAJO, FONDOS SOCIALES U OTRAS ORGANIZACIONES U ORGANISMOS QUE PUEDAN ESTAR INTERESADAS EN EL PAGO DE LOS GASTOS RELACIONADOS CON MI TRATAMIENTO Y (B) CUALQUIER OTRA ORGANIZACION U ORGANISMO AL QUE EL CENTRO SE LE PERMITE COMUNICAR LA INFORMACION POR LAS LEYES APLICABLES. EN EL CASO QUE ME TRANSFIERAN O INTERNEN EN UN HOSPITAL DESPUES DE LA INTERVENCION, AUTORIZO AL CENTRO OBTENER UNA COPIA DEL RESUMEN DEL ALTA HOSPITALARIA.

DISPOSICIONES FINANCIERAS:

YO AUTORIZO Y ORDENO A MI ASEGURADORA O PAGADOR A PAGAR DIRECTAMENTE A DICHO CENTRO BENEFICIOS ALGUNO O TODOS, HASTA POR EL MONTO DE MI CUENTA, QUE CORRESPONDEN A MI PERSONA RELACIONADA CON MI TRATAMIENTO. ESTOY DE ACUERDO QUE, EN CONSIDERACION DE LOS SERVICIOS QUE SE ME PROVEYO, YO INDIVIDUALMENTE ME OBLIGO A PAGAR EL IMPORTE PUNTUALMENTE DE ACUERDO CON LAS TARIFAS REGULARES Y CONDICIONES DE LAS INSTALACIONES. ENTIENDO, POR LO TANTO, QUE A LA EXTENSION PERMITIDA POR LAS LEYES APLICABLES Y LOS ACUERDOS CONTRACTUALES, SOY RESPONSABLE CON EL CENTRO PARA LAS CANTIDADES NO CUBIERTAS POR EL SEGURO. ADEMÁS, ENTIENDO QUE MI ASEGURADOR O PAGADOR PODRAN EXIGIR QUE DETERMINADOS SERVICIOS DE SALUD SEAN AUTORIZADOS ANTES DE SER PRESENTADOS A MI. YO INDIVIDUALMENTE ME OBLIGO A PAGAR LA CUENTA DEL CENTRO RESPECTO A LOS SERVICIOS QUE ELIJO RECIBIR A PESAR DE QUE MI SEGURO DE SALUD O PAGADOR SE NIEGUEN A DAR AUTORIZACION PREVIA PARA TODA O UNA PARTE DE MIS SERVICIOS.

PRE-CERTIFICACION:

SU COMPAÑIA DE SEGUROS SERA LLAMADO PARA PRE-CERTIFICAR SU PROCEDIMIENTO. POR FAVOR ASEGURESE DE QUE TENGAMOS LA INFORMACION DE SEGURO CORRECTA. ES IMPORTANTE NOTIFICARNOS SI USTED TIENE PLANES DIFERENTES PARA LOS SERVICIOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS.

ENTIENDO QUE EL REEMBOLSO SE PUEDE ENVIAR A MI EN VEZ DEL CENTRO. AL RECIBIR EL PAGO DEL SEGURO, ENVIARE EL CHEQUE Y LA EXPLICACION DE LOS BENEFICIOS AL CENTRO. ADEMÁS, YO ENTIENDO QUE MI PLAN DE SEGURO TODAVIA PUEDE HACERME RESPONSABLE DE UN DEDUCIBLE Y/O CO-SEGURO.

CARGOS DE LA INSTALACION:

CUANDO EL PROCEDIMIENTO SE REALIZA EN EL CENTRO DE CIRUGIA EN MENCIÓN, HABRA UN CARGO DE INSTALACIONES. HAY UN CARGO POR EL USO DE LA SALA DE OPERACIONES PARA SU PROCEDIMIENTO. LAS CUOTAS VARIAN DEPENDIENDO SEGUN EL TIPO DE PROCEDIMIENTO(S) QUE SE LLEVEN A CABO. LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE DEPENDE DE SU PLAN DE SEGURO INDIVIDUAL.

SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA ACERCA DE ESTA INFORMACION, POR FAVOR HABLE CON EL ADMINISTRADOR

GASTOS DE COBRANZA: (MEDICARE/MEDICAID EXCLUIDAS)

SI MI CUENTA CON EL CENTRO DE CIRUGIA ES REFERIDA A UN ABOGADO O AGENCIA PARA COLECCION, YO PAGARE TODOS LOS GASTOS DE COLECCION RAZONABLE (INCLUYENDO HONORARIOS DE ABOGADOS) ASOCIADO CON EL ESFUERZO DE COLECCION. RECONOZCO QUE TODAS LAS CUENTAS EN DELINCUENCIA RECARGARAN INTERESES A LA TASA LEGAL.

REVERSO

GASTROENTEROLOGÍA AVANZADA DEL CONDADO DE BERGEN, P.A.

Richard K. Chessler, MD • Barry M. Zingler, MD • Mitchell K. Spinnell, MD • Michael E. Meininger, MD • Marc A. Fiorillo, MD

Gastroenterología • Hepatología • Endoscopia Gastrointestinal

COLONOSCOPIA CON MIRALAX

DEBE CONTAR CON ALGUIEN QUE LO LLEVE Y LO TRAIGA DE ESTE PROCEDIMIENTO DEBIDO A LOS POSIBLES EFECTOS DE ANESTESIA

¡POR FAVOR INFORMENOS INMEDIATAMENTE SI USTED TIENE ALERGIA AL LÁTEX!

UN DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Tener una dieta de líquidos CLAROS durante todo el día. Evitar TODOS los líquidos que son de color ROJO. Evite todos los productos lácteos y jugos con Pulpa tal como Jugo de Naranja y Pomelo.

SOPAS: caldos claros como el pollo, vegetales y carne de res o consomé.

JUGOS: arándano blanco, uva blanca, manzana, lima, limonada colada, naranja (sin pulpa).

BEBIDAS: té, café, azúcar, Kool-Aid de dieta y soda regular (de cualquier sabor), Agua vitaminada, Gatorade, bebidas deportivas, y agua regular.

POSTRES: helados de agua, helados italianos, paletas heladas, gelatina de cualquier sabor, no rojo.

¡ES IMPORTANTE QUE BEBA LÍQUIDOS TANTO COMO USTED PUEDA TODO EL DÍA!

COMPRA EN LA FARMACIA O SUPERMERCADO: MIRALAX 238 GRAMOS Y DULCOLAX LAXANTES COMPRIMIDOS (2 SOLAMENTE). ATENCIÓN: DUCOLAX HACE UN LAXANTE Y UN ABLANDADOR FECAL. ¡¡¡HAY QUE COMPRAR EL LAXANTE!!!

A LAS 12:00 HORAS EL DÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO, TOME 2 TABLETAS DE DULCOLAX CON UN VASO DE AGUA.

A LAS 6:00 PM DEL DÍA ANTES DE SU PROCEDIMIENTO, MEZCLAR LA MITAD DE LA BOTELLA DE 238 GRAM MIRALAX CON 1 LITRO O (34 OZ) DE UN LÍQUIDO CLARO DE SU PREFERENCIA Y BEBER LA SOLUCIÓN HASTA TERMINARLO.

A LAS 10:00 PM, MEZCLAR EL RESTO DEL MIRALAX CON 1 LITRO O (34 OZ) DE UN LÍQUIDO CLARO DE SU PREFERENCIA Y BEBER LA SOLUCIÓN HASTA TERMINARLO.

*POR LO GENERAL, DURA APROXIMADAMENTE UNA HORA PARA EMPEZAR A TENER UNA EVACUACIÓN INTESTINAL. USTED PUEDE NOTAR UN POCO DE HINCHAZÓN O CALAMBRES EN EL COMIENZO DE ESTE PREPARATIVO, ESTO POR LO GENERAL, POCO A POCO, MEJORA UNA VEZ LOS MOVIMIENTOS DEL INTESTINO COMIENZAN.

PUEDE CONTINUAR BEBIENDO LÍQUIDOS CLAROS HASTA LA MEDIANOCHE.

EL DÍA DEL PROCEDIMIENTO: ¡¡¡NO COMER O BEBER NADA NI SIQUIERA AGUA!!!

Por favor, infórmenos sólo si está tomando medicamentos para la diabetes o medicamentos anticoagulantes como la aspirina, Coumadin, Plavix o cualquier otro medicamento anti-inflamatorio tales como Celebrex, Aleve, Motrin. Es posible que tengan que ser interrumpido hasta 7 días antes de su procedimiento. No deje de tomar ningún medicamento sin consultar a nuestra oficina. Por favor deje de tomar vitamina E y los suplementos de hierro que pueda estar tomando, 7 días antes de su procedimiento. No tome medicamentos regulares con un sorbo de agua en la mañana del procedimiento.