

Rochester Gastroenterology Associates, LLP

Prasad Penmetsa, M.D., M.R.C.P.

Surinder Deygun, M.D.

Ari Chodos, M.D.

Marvin Singh, M.D.

Amy Hayes, F.N.P.-C.

Sarah Pratt, F.N.P.-C.

Michelle Addison, F.N.P.-C.

www.rochestergastro.com

INSTRUCCIONES PARA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD)

Nombre _____ Procedimiento _____

USTED A SIDO PROGRAMADO PARA ESTE EXAME A TRAVES DE EL DR _____
OR FAVOR REPORTE A

Unity Hospital Endoscopy Center

1555 Long Pond Road
Rochester, NY 14626
Tel: (585) 723-7119

Rochester Gastro. Assoc.

20 Hagen Dr., Suite 330
Rochester, NY 14625
Tel: (585) 267-4040

REPORTE Y REGISTRA A:

FECHA/DIA:

POR FAVOR, REVISE TODAS LAS INSTRUCCIONES SOBRE EL RECIBO

Arreglos de transporte deben hacerse para que alguien recoja y acompañarte a casa. **DEBIDO A QUE ESTA SE UNA LEY DEL ESTADO DE NUEVA YORK. ¡NO PUEDE HABER EXCEPCIONES!**

Usted debe arreglar para que un vecino, amigo o miembro de la familia a permanecer con usted después de su llegada hogar dado que los efectos de sedación pueden durar bien entrada la noche.

Si usted es incapaz de mantener su cita programada, cancelación se aprecia **48 horas** de anticipación llamando al **(585)267-4040** o **(585)227-1080** entre **8:30 a.m.** y **4:30 p.m.** Si usted no nos notifica que puede cargarse. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a estos teléfonos.

Si usted está tomando *cualquier* tipo de medicamentos anticoagulantes, como **COUMADIN, PLAVIX, ELIQUIS, o XARELTO**, informar **INMEDIATAMENTE** a nuestra oficina al (585)267-4040 o (585)227-1080. **Estos medicamentos deben suspenderse COMO DIRECTED POR SU MÉDICO.**

1. No hay **NADA** que comer ni beber después de medianoche la noche antes del procedimiento. Si su procedimiento es después de **12:00 p.m.** pueden consumirse más líquidos claros hasta 4 horas antes del procedimiento programado.
2. Todos los medicamentos se pueden tomar en el día del procedimiento con una cantidad mínima de agua temprano en la mañana. Por favor consulte con nosotros antes de tomar cualquier **INSULINA** o cualquier otro medicamento diabético en la mañana del examen.

Gracias por la oportunidad de acomodar su atención de salud necesita.

(02/23)