



Gastroenterology Specialists

Diplomate, American Board Internal Medicine and Gastroenterology

Steven A. Meckstroth, M.D.
Manuel F. Bustamante, M.D.
William Gonzalez, PA-C
Karina Hooper, PA-C

Preparación para una colonoscopia (Colyte/Nulytely)

Nombre: _____ Fecha: _____

Hora de llegada: _____ Hora del Procedimiento: _____

Lugar: Premier Endoscopy Center PRMC NCH
 Pine Ridge North Collier
 Collier Blvd Downtown

Compre:

1. Colytely/Nulytely
2. (1) Fleet-Enema (Disponible en las farmacias sin receta médica).

El día antes de su examen: _____

A las 8 AM, o más temprano, puede hacer un desayuno ligero. Después, empezará una dieta de líquidos claros por el resto del día,

Líquidos claros: Agua, Gelatina (No gelatina roja ni de uva), Te, Jugo de Manzana, Gatorade, Café, Caldo de Carne, Bebidas Carbonatadas (Sodas), Caldo de Pollo, Caldo de Vegetales.

NO derivados Lácteos, Jugos Cítricos, o productos con colorante Rojo.

A las 5:00PM, se tomara los 4 litros completos de la solución. Tome 1 vaso (8 onzas) cada 20 – 30 minutos. Tome cada vaso rápidamente en vez de ingerir pequeñas cantidades continuamente. A las 10:00 PM debe haber terminado toda la solución. Continúe bebiendo líquidos claros y agua abundantemente hasta su hora de dormir o hasta la media noche.

*****NADA DE TOMAR DESPUES DE LA MEDIA NOCHE*****

El día del Examen _____

Tome su dosis matutina de medicamentos para el corazón y la alta presión.
3 horas antes de su examen, aplíquese el Fleet-Enema; A la (s): _____

Usted necesitara alguien que lo transporte ida y vuelta. Separe de 1 ½ - 2 horas para su examen.

INSTRUCCIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS

Si es diabético y toma insulina, tome la mitad de la dosis habitual la noche antes de su procedimiento, cuando este ingiriendo líquidos claros. No tome su insulina la mañana del procedimiento.

Tome la mitad de la dosis habitual después del procedimiento con su primera comida. Por favor, llámenos si tiene alguna pregunta.

Si toma Coumadin o Heparina, consulte a su médico antes de detener el medicamento.

Aggrenox, Persantine, y Dipyridamonle deben ser descontinuados 24 horas antes del procedimiento.

No pare la Prednisona u otro tipo de Cortisona.

Por favor, descontinúe cualquier medicamento que contenga aspirina o similares a la aspirina (5) días antes de su procedimiento. (Véase la lista a continuación). Detenga estos productos el _____

Ejemplos de medicamentos que contienen Aspirina

Advil	Ecotrin	Oxaprozin
Aleve	Excedrin	Percodan
Anaprox	Feldene	Plavix
Arthritis pain formula	Ibuprofen	Relafen
Arthotec	Indocin	Salicylates
Aspergum	Lodine	Ticlid
Bayer	Motrin	Torodol
Bextra	Midol	Vioxx
Celebrex	Mobic	Voltaren
Daypro	Naprosyn	

Tylenol (o acetaminophen) se pueden tomar.

Por favor, llámenos si tiene alguna pregunta sobre sus medicamentos.

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN QUE DEBE SABER

Cuando usted se realiza una Colonoscopia o una Endoscopia superior (EGD) en cualquier facilidad como paciente externo, puede recibir hasta 4 facturas.

Cargos del Médico
Cargos de la Facilidad
Cargos del Anestesiólogo
Cargos del Patólogo

Entiendo que medicare no pagara las colonoscopías por chequeo de rutina si he tenido una sigmoidoscopia en los últimos 48 meses o una colonoscopia de chequeo rutinario en los últimos 10 años. Esto no aplica a aquellos que tengan algún problema diagnostico presente.

Nuestra oficina solo maneja las facturaciones del Dr. Meckstroth y el Dr. Bustamante. Si tiene alguna pregunta o inquietud, contacte nuestro departamento de facturación y cobro.

Por favor, contacte a la facilidad con respecto a los demás cargos.

Premier Endoscopy (239) 449-4945

Signature Anesthesia (239) 278-9955

**Por favor, verifique con la facilidad y Anestesia para asegurarse de que ellos son proveedores de su seguro de salud.

**SI SU SEGURO DE SALUD ES OTRO DIFERENTE A
MEDICARE O MEDICAID, ES SU RESPONSABILIDAD
NOTIFICARLE A SU SEGURO ACERCA DE SU
PROCEDIMIENTO.**



Premier Endoscopy Center

1656 Medical Blvd - Suite 201 - Naples, FL 34110
239-449-4945

Bienvenidos a Premier Endoscopy. Esperamos hacer de su visita una experiencia positiva.

Para asegurarnos de esto, le exhortamos que siga lo siguiente:

- 1. Siga las órdenes de su médico con respecto a la preparación para su procedimiento.**
- 2. Es importante que tenga a alguien que lo regrese a su casa después de la anestesia. Por su seguridad, un servicio de taxi no será permitido.**
- 3. Toda joyería deberá ser dejada en su casa. No podemos hacernos responsables de sus artículos de valor.**
- 4. No siempre tenemos su lista de medicamentos disponible. Por favor tenga una lista de sus medicamentos con dosis y horario al día y a la mano. También necesitaremos una lista de sus alergias.**

El personal de Premier Endoscopy hará todo lo posible para velar que se respete el horario de su cita. Desafortunadamente, emergencias ocurren y podrían retrasar su procedimiento.

Anticipamos proveerles un servicio de cuidado excelente durante su visita

PREMIER ENDOSCOPY CENTER

PLEASE LIST ALL ALLERGIES AND THEIR REACTIONS (Liste Alergias)

PLEASE LIST MEDICATIONS TAKEN (Liste todos sus medicamentos)
(INCLUDES HERBALS, OVER THE COUNTER MEDS AND HOME REMEDIES)

Name of Med	Dose	Route	Frequency

MEDICATIONS ORDERED AFTER YOUR PROCEDURE

Name of Med	Purpose	Dose	Schedule	Possible Side Effects

Reviewed with: Patient care person Pharmacy used _____

Copied to:

Patient Attending Physician Other: _____

Date reviewed: _____ 20 ____ by: _____

**PATIENT MEDICATION
INVENTORY**

PATIENT LABEL

PREMIER ENDOSCOPY CENTER

1656 MEDICAL BLVD SUITE 201

NAPLES, FLORIDA 34110

239-449-4945

Please report to the second floor

