



Su procedimiento está programado en ____ / ____ / _____. Por favor llegue a _____ AM / PM.

Plenvu

**** MANTENGA cualquier anticoagulante (_____), ____ días antes del procedimiento.

** No deje de tomar su anticoagulante sin el consentimiento del médico que prescribe **

DIA ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

1. Comience SOLAMENTE con una dieta de líquidos claros todo el día (desayuno, almuerzo y cena) Ej. caldo o caldo Jell-O (No Red, Pink, Blue, Purple), café negro o con azúcar (No lácteos o cremas no lácteas), té, limonada, jugos de frutas sin pulpa, jugo de uva blanca / manzana, soda clara (Sprite, 7- arriba, ginger ale), Gatorade, PowerAde, paletas (No Red, Pink, Blue, Purple).
2. Los medicamentos diarios pueden continuarse a menos que se especifique lo contrario.
3. A las **4 PM**, mezcle la bolsa de Dosis 1 con 16 onzas de agua en el recipiente de mezcla. Agitar la solución hasta que se disuelva. Tomar la dosis
4. DEBE beber 1 contenedor más de 16 onzas de agua durante los próximos 30 minutos.
5. A las **9 PM**, mezcle la Dosis 2 (bolsa A / B) con 16 onzas de agua en el recipiente de mezcla. Agitar la solución hasta que se disuelva. Tomar la dosis
6. Continúe bebiendo líquidos claros, al menos otro litro, durante el transcurso de la noche.

DIA DEL PROCEDIMIENTO:

1. Puedes cepillarte los dientes.
2. Necesita un conductor y su conductor debe permanecer en la instalación. El transporte público y los taxis NO están permitidos.
3. Medicamentos para diabéticos: Comuníquese con el médico que inicio el tratamiento para cualquier ajuste
4. Tome medicamentos para la presión arterial, medicamentos contra la ansiedad, medicamentos antipsicóticos, medicamentos para el dolor, medicamentos para el corazón, medicamentos contra los ataques y medicamentos anticonvulsivos con un sorbo de agua a menos que se especifique lo contrario.
5. Por favor traiga con usted:
 - Identificación con foto y tarjeta (s) de seguro
 - Lista de medicamentos completada: los medicamentos DEBEN estar escritos.NO se aceptarán preimpresos, copias o listas de visitas anteriores.
 - Formulario de Declaración de Derechos del paciente
 - Gafas para leer, si corresponde

Nada por vía oral 4 horas antes de su procedimiento. Nada de beber, fumar o masticar o su procedimiento puede ser cancelado.

Póngase en contacto con la oficina al 407-830-8661, si tiene alguna pregunta. O puede enviarnos un correo electrónico

info@ddorlando.com