**INSTRUCCIONES PARA LA ENDOSCOPIA SUPERIOR (EGD)**

Este procedimiento necesita ser completado dentro de los 90 días de su visita a la oficina.

**\*\*Por favor, lee este paquete 2 semanas antes de su cita. Si no sigue las instrucciones y el procedimiento tiene que ser cancelado, se cobrará la tarifa de su cancelación. \*\***

**Si necesita cancelar su procedimiento, por favor infórmenos al menos 5 días hábiles antes de la fecha de su procedimiento. Si no lo hace, se le cobrará una tarifa de cancelación de $250.00.**

**\*\* Recibirá una llamada de confirmación de nuestra oficina al menos 5 días antes de su(s) procedimiento(s) programado(s). Todos los procedimientos deben ser confirmados para permanecer en el horario. Si no recibe una llamada de nuestra oficina, por favor llame a la oficina a 703-444-4799. \*\***

**\*\* Es posible que se requiera autorización médica antes de este procedimiento. Se le informará si necesitará un electrocardiograma u otro estudio antes del procedimiento. \*\***

1. Si toma anticoagulantes como Aspirina, Plavix o Coumadin, el Dr. Crenshaw puede recomendar que deje de tomar estos medicamentos 8 días antes del procedimiento o procedimientos, dependiendo del medicamento que esté tomando.

Pacientes tomando Coumadin (Warfarina): Si lo aprueba el médico prescriptor (es decir, cardiólogo o proveedor de atención primaria), se le pedirá que deje de tomar el Coumadin 5 días antes de su(s) procedimiento(s). También se le pedirá que obtenga un análisis de sangre PT/INR, PTT el día anterior a su(s) procedimiento(s). Si no recibió una orden para este análisis de sangre, comuníquese con nuestra oficina al (703) 444-4799. El Dr. Crenshaw le indicará la fecha para reiniciar Coumadin (Warfarin) el día de su(s) procedimiento(s).

Pacientes tomando Plavix (Clopidogrel): Si lo aprueba el médico prescriptor (es decir, cardiólogo o proveedor de atención primaria), se le pedirá que deje de tomar su medicamento 7 días antes del procedimiento. El Dr. Crenshaw le indicará la fecha para reiniciar su Plavix (Clopidogrel) el día de su(s) procedimiento(s).

Pacientes que toman aspirina: Por favor, asegúrese de que una de las dos casillas esté marcada a continuación. Si no es así, póngase en contacto con nuestra oficina al (703) 444-4799.

☐ Por favor, continúe tomando aspirina a la dosis actual todos los días, incluido el día de la EGD. Todos los medicamentos deben tomarse al menos 4 horas antes de la hora programada del procedimiento con una pequeña cantidad de agua.

☐ Por favor, deje de tomar aspirina 7 días antes de la fecha de la EGD.

1. Si está tomando un PPI (Nexium, Prilosec, Aciphex, Omeprazole, Pantoprazole, Zegerid o Protonix), siga las instrucciones marcada por una marca de verificación:

**Página 1 de 3**

☐ Por favor, deje de tomar su PPI 4 semanas antes de la fecha de su EGD. Puede tomar Pepcid o Tagamet, acompañado o sin, un antiácido como Maalox, todos los días, incluido el día del procedimiento.

☐ Por favor, continúe tomando el PPI diariamente, incluyendo el día de su EGD. Todos los medicamentos deben tomarse al menos 4 horas antes de la hora programada del procedimiento con una pequeña cantidad de agua.

Es muy recomendable que tome su medicamento para **enfermedades cardíacas, presión arterial alta y asma diariamente**, incluyendo el día del procedimiento. Usted puede tomar sus medicamentos programados regularmente todos los días, incluyendo el día de su procedimiento, con la excepción de las instrucciones especiales como se describe en los párrafos #1 y #2. Los medicamentos deben tomarse 4 horas antes del procedimiento programado con una pequeña cantidad de agua. Todos los demás medicamentos deben llevarse al hospital para tomarlos después del procedimiento.

1. **Por favor, deje de consumir alimentos sólidos a las 9 PM de la noche antes de su** procedimiento. Se le permite consumir líquidos claros hasta 4 horas antes de la hora del procedimiento. Además, puede tomar sus medicamentos el día del procedimiento con un líquido transparente. Los medicamentos deben tomarse al menos 4 horas antes de la hora del procedimiento. Por favor, no consuma líquidos o medicamentos después de la hora correspondiente a 4 horas antes de la hora del procedimiento.

**MENU DE MUESTRA PARA DIETA LIQUIDA CLAROS:** Jugo de uva blanco o, jugo de manzana, té, café (sin leche), caldo de pollo o res, Sprite, 7up, Ginger Ale, hielo con sabor a fruta.

1. No debe conducir hasta el día siguiente. El medicamento que recibirá durante el procedimiento afectará su capacidad de conducción. Debe hacer arreglos para que alguien lo recoja después del procedimiento.
2. El hospital o el centro de cirugía se pondrán en contacto con usted antes del procedimiento para una entrevista preoperatoria. Si no recibe una llamada telefónica 2-3 días antes del procedimiento, póngase en contacto con el hospital /centro de cirugía en el teléfono proporcionado en el momento de su cita en la oficina.
3. El día de su procedimiento, por favor llegue al lugar de acuerdo con las instrucciones marcada con una marca de verificación:

☐ Loudoun Ambulatory Surgical Center: 1 hora antes de la hora del procedimiento

☐ Inova Loudoun Hospital: 1.5 horas antes de la hora del procedimiento

**Página 2 de 3**

SOLICITUD/CONSENTIMIENTO OPERATIVO

1. Por la presente solicito, doy mi consentimiento y autorizo al Dr. Crenshaw (el "Practicante") a realizar los siguientes procedimientos junto con los asistentes quirúrgicos seleccionados por él: Esófago-gastro-duodenoscopia con posibles biopsias, dilatación de un estrechamiento y control del sangrado. Detalles y riesgos han sido explicados incluyendo alergia a los medicamentos, sobre sedación, aspiración, sangrado, perforación y necesidad de cirugía. El practicante me ha aconsejado que hay una pequeña posibilidad de que falten lesiones (el "Paciente"):

Por favor imprima su nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Se me ha explicado claramente que durante el transcurso de esta operación algunas otras condiciones que no se han esperado pueden presentarse. Reconozco que, si se descubren tales condiciones, será necesario hacer más de lo que se especificó en el párrafo #1 anterior. Por lo tanto, autorizo y solicito que el practicante mencionado anteriormente y sus asistentes quirúrgicos realicen tales procedimientos quirúrgicos que en su mejor juicio profesional serán eficaces en su intento de sanar y/o diagnosticar. Esto incluye, pero no se limita a, la patología y la radiología. Además, autorizo a Anestesiólogo a administrar cualquier anestesia que consideren indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal que asista considere que se requiere.
2. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, va acompañada de cierto grado de riesgo y que no se garantiza ninguna cura.
3. La naturaleza del procedimiento o procedimientos enumerados en el párrafo #1 anterior, los riesgos involucrados y cualesquiera otras opciones disponibles para mí (o el paciente), si la hubiera, me han sido explicados por el Practicante, y se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a esa explicación y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
4. Soy consciente de la "Política de Cancelación" y entiendo que seré responsable de una tarifa de $250.00 si no se proporciona aviso al menos **5 días hábiles** antes de la fecha programada del procedimiento.
5. Si su procedimiento se cancela debido al incumplimiento de las instrucciones verbales y escritas dadas (por ejemplo, no cumplir con la dieta líquida clara el día anterior a su procedimiento), se le cobrará la tarifa de cancelación.
6. Es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con su seguro para verificar la cobertura y sus gastos de bolsillo para el procedimiento o procedimientos solicitados. Además de obtener las referencias necesarias. También le solicitamos que notifique a nuestra oficina inmediatamente si su póliza de seguro cambia. Usted será responsable de cualquier cargo por el procedimiento(s).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Fecha Firma del Testigo Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor Fecha

DECLARACIONES DEL MEDICO

He explicado personalmente, en términos simples, el procedimiento propuesto al paciente, y/o pariente/tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento, y cualquier alternativa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Doctor Fecha Copia del paciente

**Página 3 de 3**

SOLICITUD/CONSENTIMIENTO OPERATIVO

1. Por la presente solicito, doy mi consentimiento y autorizo al Dr. Crenshaw (el "Practicante") a realizar los siguientes procedimientos junto con los asistentes quirúrgicos seleccionados por él: Esófago-gastro-duodenoscopia con posibles biopsias, dilatación de un estrechamiento y control del sangrado. Detalles y riesgos han sido explicados incluyendo alergia a los medicamentos, sobre sedación, aspiración, sangrado, perforación y necesidad de cirugía. El practicante me ha aconsejado que hay una pequeña posibilidad de que falten lesiones (el "Paciente"):

Por favor imprima su nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Se me ha explicado claramente que durante el transcurso de esta operación algunas otras condiciones que no se han esperado pueden presentarse. Reconozco que, si se descubren tales condiciones, será necesario hacer más de lo que se especificó en el párrafo #1 anterior. Por lo tanto, autorizo y solicito que el practicante mencionado anteriormente y sus asistentes quirúrgicos realicen tales procedimientos quirúrgicos que en su mejor juicio profesional serán eficaces en su intento de sanar y/o diagnosticar. Esto incluye, pero no se limita a, la patología y la radiología. Además, autorizo a Anestesiólogo a administrar cualquier anestesia que consideren indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal que asista considere que se requiere.
2. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, va acompañada de cierto grado de riesgo y que no se garantiza ninguna cura.
3. La naturaleza del procedimiento o procedimientos enumerados en el párrafo #1 anterior, los riesgos involucrados y cualesquiera otras opciones disponibles para mí (o el paciente), si la hubiera, me han sido explicados por el Practicante, y se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener con respecto a esa explicación y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
4. Soy consciente de la "Política de Cancelación" y entiendo que seré responsable de una tarifa de $250.00 si no se proporciona aviso al menos **5 días hábiles** antes de la fecha programada del procedimiento.
5. Si su procedimiento se cancela debido al incumplimiento de las instrucciones verbales y escritas dadas (por ejemplo, no cumplir con la dieta líquida clara el día anterior a su procedimiento), se le cobrará la tarifa de cancelación.
6. Es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con su seguro para verificar la cobertura y sus gastos de bolsillo para el procedimiento o procedimientos solicitados. Además de obtener las referencias necesarias. También le solicitamos que notifique a nuestra oficina inmediatamente si su póliza de seguro cambia. Usted será responsable de cualquier cargo por el procedimiento(s).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente Fecha Firma del Testigo Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor Fecha

DECLARACIONES DEL MEDICO

He explicado personalmente, en términos simples, el procedimiento propuesto al paciente, y/o pariente/tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento, y cualquier alternativa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Doctor Fecha Copia del doctor