

RYAN CRENSHAW, M.D.
21135 Whitfield Place, Suite #102
Sterling, VA 20165
703-444-4799

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

Este procedimiento debe completarse dentro de los 90 días posteriores a su última visita al consultorio.

**** Por favor, lea 2 semanas antes de su cita. Si no sigue estas instrucciones y el procedimiento tiene que ser cancelado, se le cobrará la tarifa de cancelación. ****

**** Si necesita cancelar su procedimiento, por favor háganoslo saber 5 días hábiles antes del procedimiento. Si no lo hace, se le cobrará una tarifa de cancelación de \$ 250.00. ****

**** Recibirá un correo electrónico de confirmación de nuestro personal de la oficina 2 semanas antes de su(s) procedimiento(s) programado(s). Todos los procedimientos deben ser confirmados para poder permanecer en el cronograma. Si no recibe una llamada de nuestra oficina, comuníquese con nosotros al 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 recomendarle que mantenga estos medicamentos 8 días antes de su(s) procedimiento(s), dependiendo del agente que esté tomando.

Pacientes que toman Coumadin (warfarina): Si lo aprueba el médico que lo recetó (es decir, un cardiólogo o un proveedor de atención primaria), se le pedirá que deje de tomar Coumadin 5 días antes de su(s) procedimiento(s). También se le pedirá que se haga 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 (warfarina) el día de su(s) procedimiento(s).

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

Pacientes que toman aspirina: Asegúrese de que una de las dos casillas esté marcada a continuación. De lo contrario, comuníquese con nuestra oficina al (703) 444-4799.

- Continúe tomando aspirina en 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.
- Deje de tomar aspirina 7 días antes de la fecha del EGD.

(pasar página)

2. Si está tomando un IBP (Nexium, Prilosec, Aciphex, Omeprazol, Pantoprazol, Zegerid o Protonix), siga las instrucciones marcadas en la casilla a continuación:

- Deje de tomar su IBP durante las 4 semanas anteriores a la fecha de su EGD. Puede tomar Pepcid o Tagamet, con o sin un antiácido como Maalox, todos los días, incluso el día de su procedimiento.
- Continúe tomando el IBP diariamente, incluido 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.

Se recomienda encarecidamente que tome sus medicamentos para **las enfermedades cardíacas, la presión arterial alta y el asma** todos los días, incluido el día de su procedimiento. Puede tomar sus medicamentos programados regularmente todos los días, incluido 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 de la hora programada para el procedimiento con una pequeña cantidad de agua. Todos los demás medicamentos deben llevarse al hospital para que los tomen después de su procedimiento.

3. **Deje de consumir alimentos sólidos después de las 9 p.m. de la noche anterior a su procedimiento.** Se le permite consumir los líquidos claros que se enumeran a continuación hasta 4 horas antes de la hora de su procedimiento. Además, puede tomar sus medicamentos el día del procedimiento con un líquido claro. Los medicamentos deben tomarse al menos 4 horas antes de la hora del procedimiento. Por favor, no consuma ningún líquido o medicamento después del tiempo correspondiente a las 4 horas previas a la hora de su procedimiento.

EJEMPLO DE MENÚ PARA LA DIETA DE LÍQUIDOS CLAROS: Jugo de arándano blanco o uva, jugo de manzana, té, café (sin leche), caldo de sopa, Sprite, 7up, Ginger Ale, hielo con sabor a frutas, Gatorade y agua con polvo de electrolitos Pedialyte.

4. No debe conducir hasta el día siguiente. El medicamento que recibirá durante el procedimiento afectará su capacidad para conducir. Debe hacer arreglos para que alguien lo recoja después del procedimiento.
5. El hospital o centro quirúrgico se comunicará con usted antes del procedimiento para una entrevista preoperatoria. Si no recibe una llamada telefónica 2-3 días antes del procedimiento, comuníquese con el hospital/centro quirúrgico al teléfono proporcionado en el momento de su encuentro con el consultorio.
6. El día de su procedimiento, llegue a las instalaciones de acuerdo con la casilla marcada a continuación:

- Centro Quirúrgico Ambulatorio Loudoun: 1 hora antes de la hora de su procedimiento

Hospital Inova Loudoun: 1,5 horas antes de la hora de su procedimiento

RYAN CRENSHAW, M.D.
21135 Whitfield Place, Suite #102
Sterling, VA 20165
703-444-4799

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 de sangrado. Se ha explicado el riesgo de alergia a medicamentos, sedación excesiva, aspiración, hemorragia, perforación y necesidad de cirugía. El médico me ha informado que existe una pequeña posibilidad de que se pierdan lesiones en (el "Paciente"):

Por favor escriba su nombre: _____

2. Se me ha explicado claramente que durante el curso de esta operación pueden presentarse algunas otras condiciones que no se han esperado. 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 dichos procedimientos quirúrgicos que, a su mejor juicio profesional, serán efectivos en su intento de curación y / o diagnóstico. Esto incluye, pero no se limita a, patología y radiología. Además, autorizo al anestesiólogo a administrar cualquier anestesia que considere indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal que lo atiende considere necesario.
3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, va acompañada de cierto grado de riesgo y que no se garantiza ninguna cura.
4. La naturaleza de mi condición (o la del paciente), la naturaleza de los procedimientos enumerados en el párrafo # 1 anterior, los riesgos involucrados y cualquier otra opción disponible para mí (o el paciente), si la hubiera, me ha sido explicada por el Médico, 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,
5. Estoy al tanto de la "Política de cancelación" y entiendo que seré responsable de una tarifa de \$ 250.00 si no se proporciona un aviso al menos **5 días hábiles** antes de la fecha programada del procedimiento.
6. Si su procedimiento se cancela debido al incumplimiento de las instrucciones verbales y escritas dadas (por ejemplo, no cumplir con la dieta de líquidos claros el día anterior a su procedimiento), se le cobrará la tarifa de cancelación.
7. Es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con su seguro para verificar la cobertura y sus gastos de bolsillo para los procedimientos solicitados. Además de obtener las referencias necesarias. También le solicitamos que notifique a nuestra oficina de inmediato si su póliza de seguro cambia. De lo contrario, usted será responsable de cualquier cargo por los procedimientos.

_____ Firma del paciente	_____ Fecha	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
_____ Firma del padre/tutor	_____ Fecha		

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado personalmente, sin términos técnicos, el procedimiento propuesto al paciente, y/o familiar/tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento, y cualquier alternativa.

_____ Firma del médico	_____ Fecha	COPIA DEL PACIENTE
---------------------------	----------------	--------------------

RYAN CRENSHAW, M.D.
21135 Whitfield Place, Suite #102
Sterling, VA 20165
703-444-4799

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 de sangrado. Se ha explicado el riesgo de alergia a medicamentos, sedación excesiva, aspiración, hemorragia, perforación y necesidad de cirugía. El médico me ha informado que existe una pequeña posibilidad de que se pierdan lesiones en (el "Paciente"):
Por favor escriba su nombre: _____
2. Se me ha explicado claramente que durante el curso de esta operación pueden presentarse algunas otras condiciones que no se han esperado. 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 dichos procedimientos quirúrgicos que, a su mejor juicio profesional, serán efectivos en su intento de curación y / o diagnóstico. Esto incluye, pero no se limita a, patología y radiología. Además, autorizo al anestesiólogo a administrar cualquier anestesia que considere indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal que lo atiende considere necesario.
3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier operación, va acompañada de cierto grado de riesgo y que no se garantiza ninguna cura.
4. La naturaleza de mi condición (o la del paciente), la naturaleza de los procedimientos enumerados en el párrafo # 1 anterior, los riesgos involucrados y cualquier otra opción disponible para mí (o el paciente), si la hubiera, me ha sido explicada por el Médico, 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,
5. Estoy al tanto de la "Política de cancelación" y entiendo que seré responsable de una tarifa de \$ 250.00 si no se proporciona un aviso al menos **5 días hábiles** antes de la fecha programada del procedimiento.
6. Si su procedimiento se cancela debido al incumplimiento de las instrucciones verbales y escritas dadas (por ejemplo, no cumplir con la dieta de líquidos claros el día anterior a su procedimiento), se le cobrará la tarifa de cancelación.
7. Es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con su seguro para verificar la cobertura y sus gastos de bolsillo para los procedimientos solicitados. Además de obtener las referencias necesarias. También le solicitamos que notifique a nuestra oficina de inmediato si su póliza de seguro cambia. De lo contrario, usted será responsable de cualquier cargo por los procedimientos.

_____ Firma del paciente	_____ Fecha	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
_____ Firma del padre/tutor	_____ Fecha		

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

He explicado personalmente, sin términos técnicos, el procedimiento propuesto al paciente, y/o familiar/tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento, y cualquier alternativa.

_____ Firma del Médico	_____ Fecha	COPIA DEL MÉDICO EGD Standard
---------------------------	----------------	----------------------------------