

**RYAN CRENSHAW, M.D.**

**Instrucciones para colonoscopia con MiraLax/Gatorade/Dulcolax**

Por favor, lee este paquete completo, al menos 2 semanas antes de tu procedimiento. Si no sigues las instrucciones y el procedimiento debe cancelarse, se cobrará la tasa de cancelación.

Si necesita cancelar su procedimiento, por favor infórtenos al menos 5 días laborables antes del procedimiento. Si no lo haces, se te cobrará una tasa de cancelación de \$350.00.

Recibirás un correo electrónico de confirmación de nuestro personal de la oficina al menos 2 semanas antes de tu(s) procedimiento(s) programado(s). Deben confirmarse todos los procedimientos para poder seguir en el calendario. Si no recibe una llamada de nuestra oficina, por favor contáctenos en el 703-444-4799.

Si tomas anticoagulantes como Aspirina, Plavix, Xarelto o Coumadin, el Dr. Crenshaw puede recomendarte que mantengas estos medicamentos entre 2 y 8 días antes del procedimiento, dependiendo del agente que tomes.

Pacientes que toman aspirina: Por favor, asegúrate de que una de las dos líneas está marcada a continuación. Si no es así, por favor contacte con nuestra oficina en el (703) 444-4799.

☐ Por favor, continúe tomando aspirinas, 81 mg o 325 mg, diariamente, incluido el día de la colonoscopia.

☐ Por favor, deje de tomar aspirinas, 81 mg o 325 mg, 8 días antes de la colonoscopia,

Cualquier paciente que deje de tomar aspirina, plavix, coumadin u otro anticoagulante debe contactar con el médico que lo prescribe (médico de cabecera o cardiólogo) para confirmar que es aceptable suspender este(s) medicamento(s) durante el periodo recomendado. Puedes tomar paracetamol si lo necesitas. Por favor, no tome ningún otro medicamento o producto que pueda diluir la sangre, como Ibuprofeno, Motrin, Advil, Aleve, vitamina E y/o pastillas de ajo, 8 días antes del procedimiento(s).

Se recomienda encarecidamente que tome su medicación para enfermedades cardíacas, hipertensión y asma todos los días, incluido el día del procedimiento. Si tomas algún medicamento o medicamentos justo cuando estás tomando una dosis del laxante para prepararte para la colonoscopia, por favor toma primero el laxante y luego la medicación. **Cuando se tome medicación el día del procedimiento, debe tomarse al menos 4 horas antes del momento del procedimiento con agua. A las 4 horas del procedimiento, debes dejar de consumir líquidos, dejar de tomar medicamentos y no tomar nada por vía oral hasta que el procedimiento haya finalizado.** Todos los demás medicamentos deben llevarse al hospital para ser tomados después del procedimiento.

Si estás tomando medicación para la diabetes, consulta con el profesional médico que gestiona tu diabetes para informarle de que te están pidiendo que cambies tu dieta en preparación para la colonoscopia. Por favor, pregunta a este profesional cómo deberías cambiar tu régimen de medicación para la diabetes para reducir el riesgo de que tu nivel de azúcar en sangre baje demasiado o suba demasiado durante la preparación para el procedimiento.

Necesitarás a alguien que te lleve a casa desde el hospital o el centro quirúrgico después del procedimiento. No deberías conducir hasta el día siguiente.

## **Instrucciones de preparación con MiraLax/Gatorade/Dulcolax**

**Precaución:** Esta preparación debe usarse con precaución y puede estar contraindicada en pacientes con las siguientes condiciones: insuficiencia renal o compromiso de la función renal, anomalías electrolíticas no corregidas, arritmias cardíacas, antecedentes de convulsiones, reflejo nauseoso alterado, retención gástrica, obstrucción gastrointestinal y/o colitis ulcerosa grave. Si tienes alguna de estas condiciones, por favor llama a la oficina para confirmar que esta preparación es adecuada para ti.

**Cinco días antes del procedimiento:** NO comas alimentos que contengan semillas, maíz, frutos secos, pimienta negra, lechuga, verduras crudas, frutas con semillas o piel, ya que pueden ser difíciles de lavar del colon. Por favor, no tome aceite de pescado, aceite de krill, aceite de limón ni ningún suplemento o alimento que contenga una cantidad significativa de aceite, como las patatas fritas.

**El día antes de tu procedimiento, estarás con una dieta líquida clara (nada de alimentos sólidos, salvo gelatina) durante todo el día, empezando por el desayuno.** El día antes de la colonoscopia, cuantos más líquidos claros consumas, mejor para tu preparación. Además, una hidratación adecuada reducirá el riesgo de desarrollar dolores de cabeza, mareos y sensación de ligereza que pueden aparecer durante la preparación.

Ten en cuenta que es muy importante que estés adecuadamente hidratado durante este proceso. No hay restricción en la cantidad de líquidos claros que consumes. Consume la mayor cantidad posible de líquidos claros indicados para mantener una hidratación adecuada y reducir el riesgo de anomalías electrolíticas durante la preparación.

También es importante variar los líquidos que consumes. NO te limites a beber solo agua. Por favor, asegúrate de consumir líquidos con sal, como caldo de sopa. Y líquidos con carbohidratos/azúcares como zumo de manzana. Al variar los líquidos consumidos, reduces el riesgo de desarrollar anomalías electrolíticas como un nivel bajo de sodio. **Por favor, evite cualquier producto alimenticio o de bebida que contenga coloración roja o morada.**

### **MENÚ PARA UNA DIETA DE LÍQUIDOS CLAROS**

#### **Desayuno**

Zumo de arándano blanco  
Postre de gelatina  
Té/café (sin leche)  
Gatorade o deportes similares  
Bebe

#### **Comida**

Caldo de pollo  
Zumo de manzana  
Sprite, 7up, Ginger Ale  
Hielo con sabor a fruta  
Té/café (sin leche)

#### **Cena**

Caldo de pollo  
Zumo de uva blanca  
Postre de gelatina  
Sprite, 7up, Ginger Ale  
Té/café (sin leche)

**Necesitarás comprar lo siguiente para tu preparación: Todos los medicamentos están disponibles sin receta.**

Una botella de MiraLax (238 gramos)

Cuatro Tabletas de Dulcolax

Una botella de 64 onzas de Gatorade (no de color rojo ni morado)

**El día antes del procedimiento:** A las **15:00:** Toma 2 comprimidos de Dulcolax con un vaso de agua de 8 onzas.

**A las 18:00:** Mezcla toda la botella de MiraLax con la botella de 64 onzas de Gatorade. Luego bebe un vaso de 8 onzas de la mezcla cada 10 a 15 minutos hasta que termines el 50%, que equivale a 32 onzas de la preparación. Luego refrigera las 32 onzas restantes de preparación.

**A las 21:00:** Toma 2 comprimidos de Dulcolax con un vaso de agua de 8 onzas.

**El día del procedimiento: 7 horas antes de la hora programada**, consume las 32 onzas restantes de preparación MiraLax/Gatorade. Intenta consumir 8 onzas cada 10 minutos para completarlo 5 horas antes de la hora programada del procedimiento. (Por ejemplo, si tu procedimiento es a las 12 de la noche, empieza a beber la dosis de la preparación de MiraLax/Gatorade a las 5 de la mañana para terminar a las 7 de la mañana).

Tras completar la preparación de MiraLax/Gatorade, puedes consumir hasta 24 onzas de líquidos claros durante los siguientes 60 minutos. Debes haber terminado con los líquidos claros 4 horas antes de la hora programada del procedimiento. **Ten en cuenta que consumir líquidos o medicamentos demasiado cerca del momento del procedimiento puede resultar en retrasar o cancelar la procedimiento. No consumas líquidos ni medicamentos por vía oral durante 4 horas antes del momento del procedimiento.**

De media, tus evacuaciones deberían estar claras (transparente = amarillo o blanco sin material sólido o granular) 3 horas después de terminar de beber el MiraLax/Gatorade prep. Sin embargo, los retrasos en el inicio de las deposiciones y/o en la claridad pueden producirse varias horas después de completar la solución. **Si no está despejado en 5 horas antes de la hora del procedimiento, por favor llame a nuestra consulta y, si se le remite al buzón de voz, siga las instrucciones para contactar con el médico de guardia.**

La hinchazón y/o las náuseas son comunes después de los primeros vasos debido al gran volumen de líquido que se ingiere. Esto es temporal y debería desaparecer una vez que comiencen las deposiciones. Puede que sientas un escalofrío mientras sigues bebiendo la preparación, pero esto pasará.

**Si no puedes completar y/o tolerar la preparación MiraLax/Gatorade/Dulcolax, por favor sigue estas instrucciones:**

Compra lo siguiente (no es necesario recetar) y comienza esta preparación media hora después del último vaso de MiraLax con Gatorade.

- Una botella de citrato de magnesio
- Una botella de Fleet Enema (**sin aceite mineral ni ningún otro tipo de aceite**).

Bebe una botella de citrato de magnesio. Espera 2 horas y, si tus evacuaciones no están claras, procede con un enema Fleet de la siguiente manera:

1. Aplica un Fleet Enema (**sin aceite mineral, ni otro tipo de aceite**) por recto y espera 30 minutos.
2. Si tus evacuaciones siguen sin ser claras, llena la botella vacía de enema con agua tibia del grifo. Luego aplica un enema de agua tibia por recto cada 30 minutos hasta que esté claro. NO excedas un total de 4 enemas.

Si aún tienes dificultades importantes con tu preparación, por favor contacta con nuestra oficina en el 703-444-4799.

**RYAN P. CRENSHAW, M.D.**  
**21135 WHITFIELD PLACE, SUITE 102, STERLING, VA 20165 (703) 444-4799**  
**SOLICITUD/CONSENTIMIENTO OPERATIVO**

1. Por la presente solicito, consiento y autorizo al Dr. Crenshaw (el "Practicante") a realizar el/los siguiente(s) procedimiento(s) junto con los asistentes quirúrgicos seleccionados por él: colonoscopia, posible biopsia, riesgo de alergia a medicamentos, sobredosificación, aspiración, sangrado, perforación y necesidad de cirugía. El Profesional me ha informado de que existe una pequeña posibilidad de que falten lesiones en (el "Paciente"):

Por favor, imprime tu nombre: \_\_\_\_\_

2. Me han explicado claramente que durante el transcurso de esta operación pueden presentarse otras condiciones que no se esperaban. Reconozco que, si se descubren tales condiciones, será necesario hacer más de lo especificado en el párrafo #1 anterior. Por tanto, autorizo y solicito que el Practicante mencionado anteriormente y sus asistentes quirúrgicos realicen tales procedimientos quirúrgicos que, en su mejor juicio profesional, serán efectivos en su intento de sanar y/o diagnosticar. Esto incluye, pero no se limita a, patología y radiología. Además, autorizo al anestesta a administrar cualquier anestesia que considere indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal que lo considere necesario.
3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier orígena, conlleva cierto grado de riesgo y que no hay garantía de cura.
4. La naturaleza de mi (o la del paciente), la naturaleza del procedimiento(s) listado(s) en el párrafo #1 anterior, los riesgos implicados y cualquier otra opción disponible para mí (o para el paciente), si las hay, me han sido explicadas por el Profesional. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tenga sobre esa explicación y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
5. Conozco la "Política de Cancelación" y entiendo que seré responsable de una comisión de \$350.00 si no se da al menos un aviso 5 días laborables adelantado a la fecha prevista para el procedimiento.
6. Si su procedimiento se cancela por incumplimiento de instrucciones verbales y escritas (por ejemplo, no cumplir con la dieta de líquidos claros el día anterior), se le cobrará la tasa de cancelación.
7. Es responsabilidad del paciente contactar con su proveedor de seguros para comprobar la cobertura del procedimiento(s) solicitado(s), así como para obtener las derivaciones necesarias. También es responsabilidad del paciente notificar inmediatamente a nuestra consulta si cambia su proveedor de seguro; de lo contrario, el paciente será responsable de cualquier cargo por el/los procedimiento solicitado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

He explicado personalmente, en términos no técnicos, el procedimiento propuesto al paciente y/o al familiar/tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento, y cualquier alternativa.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

**RYAN P. CRENSHAW, M.D.**  
**21135 WHITFIELD PLACE, SUITE 102, STERLING, VA 20165 (703) 444-4799**  
**SOLICITUD/CONSENTIMIENTO OPERATIVO**

1. Por la presente solicito, consiento y autorizo al Dr. Crenshaw (el "Practicante") a realizar el/los siguiente(s) procedimiento(s) junto con los asistentes quirúrgicos seleccionados por él: colonoscopia, posible biopsia, riesgo de alergia a medicamentos, sobredosificación, aspiración, sangrado, perforación y necesidad de cirugía. El Profesional me ha informado de que existe una pequeña posibilidad de que falten lesiones en (el "Paciente"):

Por favor, imprime tu nombre: \_\_\_\_\_

2. Me han explicado claramente que durante el transcurso de esta operación pueden presentarse otras condiciones que no se esperaban. Reconozco que, si se descubren tales condiciones, será necesario hacer más de lo especificado en el párrafo #1 anterior. Por tanto, autorizo y solicito que el Practicante mencionado anteriormente y sus asistentes quirúrgicos realicen tales procedimientos quirúrgicos que, en su mejor juicio profesional, serán efectivos en su intento de sanar y/o diagnosticar. Esto incluye, pero no se limita a, patología y radiología. Además, autorizo al anestesta a administrar cualquier anestesia que considere indicada y autorizo el uso de transfusiones de sangre cuando el personal que lo considere necesario.
3. Entiendo perfectamente que esta operación, como cualquier orígena, conlleva cierto grado de riesgo y que no hay garantía de cura.
4. La naturaleza de mi (o la del paciente), la naturaleza del procedimiento(s) listado(s) en el párrafo #1 anterior, los riesgos implicados y cualquier otra opción disponible para mí (o para el paciente), si las hay, me han sido explicadas por el Profesional. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tenga sobre esa explicación y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.
5. Conozco la "Política de Cancelación" y entiendo que seré responsable de una comisión de \$350.00 si no se da al menos un aviso 5 días laborables adelantado a la fecha prevista para el procedimiento.
6. Si su procedimiento se cancela por incumplimiento de instrucciones verbales y escritas (por ejemplo, no cumplir con la dieta de líquidos claros el día anterior), se le cobrará la tasa de cancelación.
7. Es responsabilidad del paciente contactar con su proveedor de seguros para comprobar la cobertura del procedimiento(s) solicitado(s), así como para obtener las derivaciones necesarias. También es responsabilidad del paciente notificar inmediatamente a nuestra consulta si cambia su proveedor de seguro; de lo contrario, el paciente será responsable de cualquier cargo por el/los procedimiento solicitado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

He explicado personalmente, en términos no técnicos, el procedimiento propuesto al paciente y/o al familiar/tutor, los principales riesgos o consecuencias de este procedimiento, y cualquier alternativa.

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

Copia del doctor: Miralax/Gatorade/Dulcolax