



## Preparacion Para Flexible Sigmoidoscopy

### (Instructions for Flex Sigmoidoscopy)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del Procedimiento: \_\_\_\_\_ Hora de Llegada: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_

#### Oficinas:

MidAtlantic Endoscopy – 2112 Harrisburg Pk. Suite 100, Lancaster

MidAtlantic Endoscopy – 4140 Oregon Pike, Ephrata

Ephrata Hospital – 169 Martin Ave, Ephrata

UPMC Lititz – 1500 Highlands Dr., Lititz

Penn Medicine - Lancaster General Hospital – 555 North Duke St, Lancaster

#### Dia antes del examine:

1. Comprar (2) dos Fleets Enema's (no necesita receta).
2. Nada de comer o beber después de la media noche.

#### Dia del examine:

1. Dese (1) una Fleets Enema (3) tres horas antes de su cita.
2. Dese la segunda Fleet Enema (2) dos horas antes de salir para el procedimiento.
3. Nada de comer o beber antes del el procedimiento.

- **PARAR** el HIERRO cinco (5) días antes de su procedimiento. **Toma Tylenol solamente para el dolor.**
- **Aguanta todos los medicamentos para la diabetes hasta después de procedimiento.**
- Todos los medicamentos deben continuar y tomadas la mañana del procedimiento menos que se indique lo contrario en estas instrucciones.

Debido a la sedación que usted recibirá, usted debe tener un adulto responsable que le acompañe a su procedimiento.

**SU TRANSPORTE DEBE PERMANECER EN LA OFICINA DURANTE EL TIEMPO DE SU PROCEDIMIENTO.**

**Tiempo aproximado es 2 horas de la hora de entrada hasta la hora de salida.**

El transporte público está permitido, pero sólo bajo la supervisión de un adulto responsable que debe permanecer con usted todo el tiempo del procedimiento, los conductores de autobús, taxi o autobús no cumplen con el requisito de un adulto responsable. **NO se te permite venir SOLO.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_