

ENDOSCOPIA



Su procedimiento será: _____

Hora de llegada: _____ **AM/PM**

Su procedimiento será con el DR. _____

Su procedimiento se llevara a cabo en:

___ Kissimmee Endoscopy Center 715 Oak Commons Blvd Kissimmee, FL (407-931-2816)

___ Osceola Regional Hospital 700 W. Oak Street, Kissimmee, FL (407-846-2266)

___ Saint Cloud Hospital 2906 17th Street, St. Cloud, FL (407-892-2135)

710 Oak Commons Blvd. Kissimmee, Fl.

407-846-6747

www.gaofla.com

Antes del procedimiento **NO TOMAR**, ningún anticoagulante, como se le indico en su consulta.

NO GUIAR o haga ningún tipo de trabajo fuerte el día de su procedimiento.

Usted debe tener una persona que lo acompañe y le maneje de regreso a su casa.

Debe venir acompañado el día de su procedimiento

El procedimiento tomará de 2 a 3 horas aproximadamente.

****Favor de hacer una cita de seguimiento, después de haber efectuado su procedimiento.**

DIA ANTES DE SU PROCEDIMIENTO

- **NO DEBE COMER NI BEBER NADA DESPUES DE LA MEDIA NOCHE.**
- Si usted toma medicamento para la presión, favor de tomarse la medicina con un poco de agua.