

SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE

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

IMPORTANTE

- Una dieta de líquidos claros incluye agua, caldo claro, café o té, (**NO LECHE**). Jugos (**SIN PULPA**), Gelatina Jello, Popsicles o Gatorade.
- Favor de tomar bebidas **SIN** colorantes rojo o violeta.
- Si usted sufre de estreñimiento, deberá tomar (2) Dulcolax, por boca diariamente (2) días, antes de prepararse para su procedimiento.

- 5 días antes del procedimiento **NO TOMAR** anticoagulante, como se le indico en su consulta.
- **NO GUIAR** o haga ningún tipo de trabajo fuerte el día de su procedimiento.
- Debe venir acompañado el día de su procedimiento. Usted debe tener una persona que lo maneje de regreso a su casa.
- Si usted toma medicamento para la presión, favor de tomarse la medicina con un poco de agua.
- Las instrucciones fueron explicadas:
Por: _____ Día/Fecha: _____ Entendió: _____

DIA ANTES DE SU PROCEDIMIENTO

HOY, DIETA de líquidos claros solamente

- **A las 6:00 p.m.** tomarse una botella de Citrato de Magnesio.
- **NO DEBE COMER NI BEBER NADA DESPUES DE LA MEDIA NOCHE.**
- **En la mañana**, del día de su procedimiento favor de ponerse una Enema de Fleets, una hora antes de su cita.