

# DIGESTIVE MEDICINE ASSOCIATES, LLP

2140 West 68 Street, Suite 300 Hialeah, FL 33016  
3133 Ponce de Leon Boulevard Coral Gables, FL 33134  
18044 N.W. 6 Street, Suite 104 Pembroke Pines, FL 33029  
11880 SW 40th Street, Suite 216 Miami, FL 33175  
Ph: 305-822-4107 \* Fax: 305-822-5086  
[digestivemed.com](http://digestivemed.com)

Francisco R. Maderal, MD  
Michael G. Valladares, DO  
Jorge D. Castaneda, MD  
Victor M. Padilla, III, MD, F.A.C.P., F.A.C.G.  
Emmanuel Reyes Ramos, MD

Jeff O. Gonzalez, MD  
Jose L. Martinez, MD  
Joel Kertzus, MD  
Juan Pablo Blum Guzman, MD  
Sandra Rodriguez, MD

## INSTRUCCIONES PARA COLONOSCOPIA

### DIA ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

1. Dieta de líquidos claros EL DIA ENTERO, esto incluye: caldo claro o consume, jugos sin pulpa, café o té (sin leche o crema).
2. A las 6:00 PM comience a tomar medio galón de GoLytely / NuLytely / Colyte un vaso cada 15 minutos durante 1 - 2 horas. Usted puede continuar los líquidos claros hasta la media noche. Puede llenar el galón con Gatorade amarillo o claro, Sprite, jugo de manzana o agua. **NO COMIDA SOLIDA EL DIA ENTERO!!!!**
3. **NO** puede tomar ningún medicamento para la Diabetes la noche antes o la mañana del procedimiento.
4. Si usted está tomando algún medicamento para controlar la presión arterial, continúe tomando su medicamento a la hora acostumbrada con una cantidad mínima de agua.

### DIA DEL PROCEDIMIENTO:

1. 4 HORAS antes de la cita de su procedimiento comience a tomar la segunda parte del medio galón de GoLytely / NuLytely / Colyte. TIENES QUE TERMINAR DE TOMAR EL GALÓN 2 HORAS ANTES DEL TURNO PARA SU PROCEDIMIENTO.
2. Usted puede tomar líquidos claros hasta 2 horas antes de su procedimiento.
3. Si usted está tomando algún medicamento para controlar la presión arterial, continúe tomando su medicamento a la hora acostumbrada con una cantidad mínima de agua el día del procedimiento.

### LUGAR DEL PROCEDIMIENTO:

A) Palmetto Surgery Center: 2140 W. 68th Street, Suite 102, 305-512-8220 **(ANTES DE SU PROCEDIMIENTO TIENES QUE REPORTAR AL SUITE 103)**

B) Pembroke Pines Office: 18044 NW 6th St. Suite 104, 305-822-4107

C) Coral Gables Office: 3133 Ponce de Leon Blvd, 305-822-4107

D) Hialeah Office Endoscopy: 2140 W. 68th Street, Suite 103

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora de la Cita: \_\_\_\_\_

Su médico le ha recomendado procedimientos, pruebas diagnósticas, o laboratorios. Su médico le indica que estos servicios deben ser completados en un máximo de tres semanas y que usted tenga la oportunidad de revisar los resultados clínicos y discutir su plan de tratamiento con su médico. Si usted no puede asistir a sus citas debe dejar saber a su médico.

Asegúrese de organizar el transporte para después de su procedimiento. No debe conducir un vehículo por 24 horas después del procedimiento debido a la sedación que recibió. También debe tener un adulto responsable que permanezca con usted por 24 horas después del procedimiento. Si tiene una verdadera emergencia médica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

**ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD Y HE DISPUESTO PARA QUE UN ADULTO RESPONSABLE ME CONDUZCA A CASA Y PROPORCIONE ASISTENCIA TRAS EL PROCEDIMIENTO. RECONOZCO QUE ME ACONSEJARON NO CONDUCIR HASTA QUE LOS EFECTOS DE CUALQUIER MEDICAMENTO SE HAYAN DESARROLLADO. NORMALMENTE POR LAS PRIMERAS 24 HORAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO. ENTIENDO QUE ESTO SIGNIFICA QUE NO DEBO CONDUCIR HASTA EL DÍA DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO O SEGÚN LO INDICA EL CIRUJANO.**

COPAGOS Y/O DEDUCIBLES SERAN PAGADOS EN TOTAL 72 HORAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO:  
Usted pudiera tener DOS CARGOS SEPARADOS antes del procedimiento: Doctor y/o Ambulatorio  
Para cancelar su procedimiento debe de avisar con 72 horas de anticipacion o sera aplicado un cargo de \$100.00

Es importante que vengas al procedimiento porque existe la posibilidad de que no sea detectado algun cancer si no viene a la visita.

Participacion financiera y derecho de propiedad del medico. El centro es, en parte, propiedad de medicos. Es posible que el (los) medico(s) que le remitio (remitieron) a este centro y que le realizara(n) su(s) procedimiento(s) tenga(n) una participacion financiera y un derecho de propiedad en relacion con este centro. Los pacientes tienen derecho a recibir tratamiento en otro establecimiento de atencion de la salud que elijan. Revelamos esta information de conformidad con las reglamentaciones federales.