

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 102 Pembroke Pines, FL 33029
Ph: 305-822-4107 * Fax: 305-822-5086
www.digestivemed.com

Francisco R. Maderal, MD

Victor M. Pina, MD

Jorge D. Castaneda, MD

Victor M. Padilla, III, MD, F.A.C.P., F.A.C.G.

Jeff O. Gonzalez, MD

Jose L. Martinez, MD

Mark S. Avila, MD

Joel Kertzus, MD

MIRALAX COLONOSCOPIA INSTRUCCIONES

DIA ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

Dieta de líquidos transparentes SOLAMENTE. Esto incluye desayuno, almuerzo y cena. Líquidos transparentes incluyen; Jugos de manzana o uva blanca, Sprite, Gatorade; Caldo de pollo, Jello (no puede ser del color ROJO) y te.

1. A las 3:00 pm, tome DOS (2) tabletas de Dulcolax/Bisacodyl (5mg) que compras aparte en la farmacia sin receta.
2. A las 6:00 pm mezclar 1 botella de 8.3 oz de Miralax(Clearlax o Smoothlax) con una botella de Gatorade 64 oz(Blanca, amarilla, o azul).
3. Empiece a las 6:00pm a beber un vaso cada 15 minutos un poco rapido hasta que termine. Tienes que tomar todo el líquido. Cuando termines **SIGA** tomando **otros** líquidos claros hasta que se duerma.
4. No puedes tomar ningun medicamento para la Diabetes la noche antes o la mañana del procedimiento.
5. Si usted esta tomando algun medicamento para controlar la presión arterial, siga tomando su medicamento a la hora acostumbrada con una cantidad minima de agua.

DIA DEL PROCEDIMIENTO:

1. NO PUEDES COMER NADA ANTES DEL PROCEDIMIENTO.
2. TRES horas antes del procedimiento tome una botella de 10 oz de Magnesio Citrato Blanco. No mas líquidos 3 horas antes del procedimiento.
3. Si usted esta tomando algun medicamento para controlar la presión arterial, **sig**a tomando su medicamento a la hora acostumbrada con una cantidad minima de agua el dia 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 101)
- B) Bayside Ambulatory Center: 3641 South Miami Avenue, 305-854-3636
- C) Westchester Hospital: 2500 SW 75th Avenue, 305-264-5252
- D) Palm Springs General Hospital: 1475 W. 49th St., 305-558-2500
- E) Mercy Hospital: 3663 South Miami Avenue, 305-854-4400
- F) University of Miami Hospital: 1400 NW 12th Avenue, 305-325-5511
- G) Baptist Hospital: 8900 North Kendall Drive, 786-596-1960.

Fecha de la Cita: _____ Hora de la Cita: _____

Su médico le ha recomendado procedimientos, pruebas diagnositcas, 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.

ASEGURESE DE HACER LOS ARREGLOS PARA EL TRANSPORTE DESPUES DEL PROCEDIMIENTO. USTED NO DEBE CONDUCIR NINGUN VEHICULO POR 24 HORAS DESPUES DEL PROCEDIMIENTO, DEBIDO AL SEDANTE INTRAVENOSO QUE RECIBIO.

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.