

Instrucciones de preparación para la colonoscopia MiraLAX de 2 días

ES MUY IMPORTANTE QUE SIGA CUIDADOSAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES. A

¡NO SE PUEDE REALIZAR UNA COLONOSCOPIA COMPLETA EN UN COLON SUCIO!

ARTÍCULOS PARA COMPRAR SIN RECURSO

- Polvo MiraLax: 18 dosis en total (porción de 17 g) divididas en dos días
 - Puede comprar la botella (cada tapón es una dosis única de 17 g) o paquetes individuales
- Tabletas de bisacodilo (Dulcolax). Necesitará ocho tabletas de bisacodilo de 5 mg. (Los genéricos están bien)
- 80 oz de Gatorade/Powerade o una bebida transparente de hidratación deportiva similar (preferida por su contenido de electrolitos).
 - (Sin tinte rojo o morado)
- 125 mg de simeticona (Gas-X)

ANTICOAGULANTES

- 5 días antes de su examen, deje de tomar Plavix (clopidogrel), Coumadin (warfarina), Brilinta (Ticagrelor) y Effient (prasugrel)
- 2 días antes de su examen, deje de tomar Pradaxa (Dabigatran), Xarelto (Rivaroxaban) y Eliquis (Apixaban)
- Consulte con el médico que le recetó la suspensión de estos medicamentos.

MEDICAMENTOS PARA LA DIABETICA/PERDIDA DE PESO

- Si toma Ozempic, Mounjaro, Trulicity, Victoza u otros agonistas de GLP1
 - Inyecciones: no tomar una semana antes del procedimiento
 - Oral: deje de tomar el día antes del procedimiento
- Si toma Ozempic, Mounjaro, Trulicity, Victoza u otro agonista de GLP1, NO debe consumir ALIMENTOS SÓLIDOS AL MENOS 12 HORAS para TODOS LOS PROCEDIMIENTOS
- Si está tomando lo anterior o insulina para el control de la diabetes, comuníquese con su médico sobre cómo administrar sus medicamentos antes de la colonoscopia.

3 DÍAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO:

- Evite los suplementos de aceite de pescado, las nueces, las semillas, el pan integral, los frijoles, el maíz, las verduras crudas o las frutas con semillas, o la piel, ya que pueden influir negativamente en la calidad de su examen.
- Puede comer una cena normal, pero dejar de comer alimentos sólidos después de las 7:00 p. m.
- Puede continuar bebiendo líquidos CLAROS. Esto significa líquidos a través de los cuales se puede ver, como agua, caldo claro sopas, gelatina, jugo de manzana, café (SIN CREMA), té, bebidas deportivas, refrescos transparentes y paletas heladas (sin trozos).
NO beba leche o productos de pulpa. Evite cualquier cosa con líquidos/tintes rojos/morados.

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

2 DÍAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO:

- Siga bebiendo líquidos CLAROS
- A las 12:00 pm (mediodía) tome las cuatro tabletas de Bisacodyl de 5 mg.
- A las 6:00 pm, mezcle solo 4 dosis (cada dosis de 17 g) de MiraLAX con 16 oz de líquido transparente (hasta que se haya disuelto). Beber dentro de los 30 minutos.

1 DÍA ANTES DE SU PROCEDIMIENTO:

- Continúe tomando líquidos claros. Nada de alimentos sólidos hasta DESPUÉS del procedimiento. ¡Mantente hidratado!
- A las 12:00 pm (mediodía) tome las cuatro tabletas de Bisacodyl de 5 mg.
- A las 6:00 pm, mezcle las 14 dosis (cada dosis de 17 g) de MiraLAX con 64 oz de líquido transparente. Agite la solución hasta que la MiraLAX se ha disuelto. Luego beba un vaso de 8 oz de la solución cada 10-15 minutos hasta que la mitad de la solución desaparece (32 oz) en 2 horas. Si tiene náuseas, es posible que deba reducir el ritmo al que bebe. Ponga la solución restante de MiraLAX en el refrigerador. Puede seguir bebiendo líquidos claros o agua para mantente hidratado.
- A las 6:00 p. m., tome 125 mg de simeticona (Gas-X) cada 6 horas hasta el procedimiento. (Esto puede ayudar a aliviar molestias por gases/hinchazón antes y después del procedimiento).

EL DÍA DE TU PROCEDIMIENTO:

- 5-6 HORAS ANTES DE LA HORA DE SU PROCEDIMIENTO, termine de beber la solución MiraLAX dentro de las 2 horas. Esto puede exigirle que se levante en medio de la noche; sin embargo, es necesario ya que las heces se acumulan rápidamente (incluso si no se está comiendo nada) e interfiere con el examen de manera muy significativa.
- Cuando se haya acabado todo el Miralax, siga bebiendo líquidos claros hasta 3 horas antes de la hora de inicio de su procedimiento luego DETENGA TODOS LOS LÍQUIDOS. Hay que insistir en este tiempo de “nada por la boca” por la seguridad del paciente, su estómago debe estar completamente vacío en el momento del procedimiento.
- Si tiene diabetes, controle su nivel de azúcar en la sangre antes de presentarse para su examen y traiga la lectura con usted.
- Retenga toda la insulina de acción corta (como Humalog, Novalog, Apidra, etc.) el día del procedimiento. si no estás seguro de su medicamento de insulina, consulte a su proveedor de atención primaria/médico que le recetó para que le aconseje cómo administrar estos medicamentos.
- Puede tomar sus medicamentos habituales (excepto anticoagulantes o medicamentos para bajar de peso). Cualquier medicamento tomado el día de su el procedimiento se puede tomar con un pequeño sorbo de agua, AL MENOS 4 HORAS ANTES DEL INICIO DEL PROCEDIMIENTO TIEMPO.

Puede aplicar óxido de zinc o vaselina alrededor del ano para evitar la irritación de la preparación. Toallitas para bebé o pañales para adultos pueden ser considerados.

OTRA INFORMACIÓN

- Debe tener a alguien disponible para llevarlo a casa después de su procedimiento. Si planea tomar un taxi a casa, la estadía puede extenderse un poco. Por ley, no puede conducir el resto del día de la colonoscopia.
- Puede recibir hasta 4 facturas separadas: 1-centro, 2-médico, 3-patología y 4-anestesia.
- Use ropa cómoda. Traiga sus anteojos, audífonos, inhalador y tarjetas de seguro. Evite llevar objetos de valor. Esperamos el pago de copagos, coseguros y deducibles en el momento del servicio.
- Si debe cancelar o reprogramar su procedimiento, debe avisar con 3 días hábiles completos de anticipación. De lo contrario, se le cobrará una tarifa de cancelación de \$100.
- Las preguntas adicionales sobre su seguro deben dirigirse a su proveedor de seguros.
- Hay información adicional disponible en nuestro sitio web: www.utahendocenter.com

FORM_PTR_CONSENT Anesthesia Services - Spanish

St. George Endoscopy Center

Consentimiento para Servicios de Anestesia

Autorizo al Proveedor de Anestesia, _____, a proporcionar servicios de anestesia como parte de mi cirugía o procedimiento próximos.

Además, autorizo la realización de cualquier otro procedimiento que a criterio del Proveedor de Anestesia pueda ser necesario para mi bienestar, incluyendo las intervenciones que sean consideradas médicamente aconsejables para remediar trastornos que se hubieran descubierto durante la cirugía o procedimiento.

Estoy satisfecho con mi comprensión de la naturaleza del plan de cuidados anestésicos y los riesgos y complicaciones más comunes relacionados. Los mismos pueden incluir, entre otros: inflamación, sangrado o molestias en el sitio de la inyección; flebitis u otro daño a los vasos sanguíneos; daño neural; reacciones alérgicas a los agentes anestésicos; disfunción/pérdida de la memoria; náusea y vómitos; traumatismo dental y una recuperación prolongada de los efectos de la anestesia. Existe además un riesgo potencial poco frecuente de daño grave, incluyendo dificultad para respirar, daño permanente a órganos, paro cardíaco y la muerte.

No he recibido ninguna garantía en relación al resultado del plan de cuidados anestésicos.

He tenido la oportunidad de formular preguntas acerca de la anestesia. He recibido una explicación de los procedimientos y técnicas que pueden utilizarse, así como de los riesgos, beneficios y alternativas. Comprendo que existen riesgos en cualquier cirugía o procedimiento y que es imposible que el médico me pueda informar de cada complicación posible. Creo que poseo suficiente información como para otorgar este consentimiento informado.

En caso que mi médico, el proveedor de anestesia o el personal estuvieran expuestos a mi sangre, fluidos corporales o materiales contaminados, estoy de acuerdo en permitir las pruebas que determinarán la presencia de HIV y Hepatitis. Un laboratorio acreditado, sin ningún costo para mi, realizará todas las pruebas de laboratorio requeridas.

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, y el paciente, el tutor legal del paciente, o el representante autorizado del paciente acepta sus términos.

Firma del Paciente/Representante autorizado

Fecha/Hora

Declaración del Proveedor de Anestesia

Certifico que he explicado al paciente/adulto responsable los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia y he permitido que el paciente/adulto responsable formule preguntas.

Firma del Proveedor de Anestesia

Fecha/Hora