

RYAN CRENSHAW, M.D.

21135 Whitfield Place, Unit 102

Sterling, VA 20165

703-444-4799

Instrucciones para Endoscopia Superior (EGD)

Este estudio debe hacerse dentro de los 90 días de su visita con el Doctor

****Favor de leer estas instrucciones por lo menos una semana antes de su EGD. Si usted no sigue las instrucciones y tenemos que cancelarlo, se aplicará el cargo de cancelación.**

Si necesita cancelar su EGD, debe llamar 5 días laborables antes del día de su cita. Si no hace esto, se le cobrarán \$250.00 por cancelación. **

Usted recibirá una llamada de confirmación del personal de oficina por lo menos cinco (5) días antes de su cita. Todos los procedimientos tienen que estar confirmados para mantener la cita. Si usted no recibe una llamada de nuestra oficina, por favor llame a 703-444-4799.

1. Si usted toma anticoagulantes como la aspirina, Plavix o Coumadin, el Dr. Crenshaw puede recomendar que usted pare estos medicamentos desde 4-8 días antes de su procedimiento(s), dependiendo del agente que está tomando.

Los pacientes tomando Coumadin (Warfarina): Si se aprueba por el médico (es decir cardiólogo o médico de atención primaria) le pedimos que pare el Coumadin 5 días antes de su procedimiento (s). También se le pedirá obtener una prueba de sangre PT / INR, PTT el día antes de su procedimiento (s). Si usted no recibió una orden para este análisis de sangre, por favor llame nuestra oficina (703) 444-4799. Dr. Crenshaw le dará instrucciones acerca de la fecha para empezar de nuevo el Coumadin (warfarina) el día de su procedimiento(s).

Los pacientes tomando el Plavix (Clopidogrel): Si es aprobado por el médico (es decir cardiólogo o médico de atención primaria), le pedimos que pare el Plavix 7 días antes de su procedimiento(s). Dr. Crenshaw le dará instrucciones acerca de la fecha para empezar de nuevo el Plavix (Clopidogrel) el día de su procedimiento(s).

Los pacientes que toman aspirina: Por favor, asegúrese de que uno de los dos cuadros está marcado. Si no, por favor llame a nuestra oficina (703) 444-4799.

- Por favor, seguir tomando 81 mg o 325 mg de aspirina hasta el día de la EGD.
- Por favor, no tome 81 mg o 325 mg de aspirina por 8 días antes de la EGD.

2. Si usted esta tomando medicina para el acido (Nexium, Prevacid, Prilosec, Aciphex, Omeprazole, Pantoprazole, Zegerid or Protonix), por favor siga las instrucciones marcadas en el cuadro de abajo:
 - ❑ Favor discontinuar el medicamento para el acido por 2 semanas antes de su EGD. Usted puede tomar Zantac 75mg o 150mg 2 veces al dia durante este periodo, hasta el dia antes de su EGD. Tambien puede usar Maalox con el Zantac si lo necesita. Esto ayudara a obtener mejores resultados del examen para ver si tiene la bacteria H. Píloro.
 - ❑ Por favor continúe tomando su medicamento para el acido hasta el dia anterior de su EGD.
3. Se le recomienda que tome las medicinas recetadas por su Doctor para **presión alta, para el corazón y para el asma**, el día de su endoscopia, solo con un poquito de agua. Favor de tomarlas 4 horas antes de su estudio. **No debe tomar ninguna otra medicina ese día** hasta después del estudio. Si tiene alguna duda, **por favor llamenos**
4. Usted puede tomar los medicamentos que usualmente toma, hasta el dia anterior a su EGD, excepto por las recomendaciones en los parrafos #1 y #2.
5. **No coma ni beba nada después de la medianoche la noche antes de su procedimiento, excepto por los medicamentos en el parrafo #4.**
6. **No debe manejar por 24 horas después del procedimiento. Usted debe tener a alguien que le maneje a su casa después del procedimiento.**
7. Aprobacion de su Doctor o Cardiólogo tal vez sea necesaria antes de su procedimiento; usted sera informado si necesita un EKG antes de su EGD.
8. El hospital o centro de cirugía se comunicara con usted antes de su procedimiento para hacerle algunas preguntas. Si no ha recibido una llamada de ellos 2 o 3 dias antes de su EGD, pro favor llame al numero de telefono que le dimos el dia que hizo su cita.

RYAN CRENSHAW, M.D.

21135 Whitfield Place, Unit 102

Sterling, VA 20165

703-444-4799

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ENDOSCOPIA SUPERIOR

1. Yo, por medio de la presente, doy el consentimiento a, y autorizo a, Dr. R. Crenshaw (el "Profesional") y tales ayudantes quirúrgicos escogidos por él para llevar a cabo el/los procedimiento(s) siguientes: "esophagogastro-duodenoscopy y posible biopsia". El riesgo de reacción alérgica a la droga usada, sobredosis de sedativos, aspiración, sangrado (derrame), perforación y la necesidad de cirugía, me ha sido explicado. (El Profesional me ha explicado que hay una pequeña posibilidad de que, alguna lesión que este presente al momento del examen, no sea vista/encontrada) en (el/la "Paciente"):

Nombre: _____.

2. Se me ha explicado a mí claramente, que durante el curso de esta operación, algunas otras condiciones que no se habían previsto, se pueden presentar. Reconozco que si tales condiciones se presentan, será necesario hacer mas de lo que se especificó en el párrafo #1 (Párrafo anterior), por lo tanto, yo autorizo y solicito que el Profesional denominado arriba y sus ayudantes quirúrgicos, realicen tales procedimientos quirúrgicos, los cuales en su mejor juicio profesional, será efectivo en su tentativa para la cura y/o diagnostico. Esto incluye, pero no se limita a patología y radiología. Además, autorizo al anesthesiólogo, o enfermero de anestesiología escogido por el anesthesiólogo, a administrar cualquier anestesia que ellos consideren que sea necesaria; y autorizo el uso de Transfusión de sangre cuando el Profesional considere que es necesario.

3. Entiendo completamente que esta operación, como cualquier operación, esta acompañada de cierto grado de riesgo y que no se garantiza curación

4. La condición mía (o del Paciente), los procedimientos que están enumerados arriba, en el párrafo #1, los riesgos involucrados y otras opciones disponible para mí (o el Paciente), si es que hay alguna, me han sido explicadas por el Profesional y se me ha dado la oportunidad para hacer las preguntas que pudiera tener acerca de la explicación, y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

5. Yo tengo conocimiento de la "póliza de cancelación" y entiendo que soy responsable por la suma de \$250.00, la cual tendré que pagar si no aviso a la oficina con 5 días laborables de anticipación para cancelar mi procedimiento.

6. Si su estudio debe ser cancelado por no seguir las instrucciones que se le dieron verbal y escritas, se le aplicaran los cargos de cancelacion tardia. (Ejemplo:No comer nada desde la media noche la noche anterior a su estudio y usted come o instrucciones para medicamentos indicado arriba)

7. Es responsabilidad del paciente de chequear con su seguro para ver si cubre la endoscopia y de obtener la referencia (referral) necesaria. Es responsabilidad del paciente de notificar nuestra oficina inmediatamente si hay cambios en su seguro, de no hacerlo, sera responsable de **todos** los cargos del procedimiento.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Familiar más Cercano o Guardián

Fecha

Physician Statement:

I personally have explained, in non technical terms, the proposed procedure to the patient, and/or relative/guardian, the major risks or consequences of this procedure and any alternatives.

Firma del Medico

Fecha

Copia del Doctor