



GASTROENTEROLOGY & LIVER ASSOCIATES
OF RIVERDALE, PC

ALBERT D. KRAMER, M.D.
 IRA A. TEPLER, M.D.
 AMNON GOTIAN, M.D.
 IAN G. HARNIK, M.D.

Advanced Endoscopy Center
5500 Broadway @ W. 230th St.
718-548-7900

Montefiore Medical Center
111 E. 210th Street
G.I. Suite, Red Zone 1st Floor
718-920-4154

INSTRUCCIONES PARA EL PROCEDIMIENTO - ENDOSCOPIA (EGD)

Nombre _____ **FECHA** _____ / _____ /20 **TIEMPO** _____ :

UNA SEMANA ANTES DE LA PRUEBA:

- EVITAR “NSAIDS” (Ibuprofen, Motrin, Aleve, Advil)

Suspendir Plavix/Clopidogrel Aspirina Otro (_____) el ___/___.

* CONTINÚE TOMANDO SU MEDICINAS REGULARES CADA DÍA, (PRESIÓN ARTERIAL, ETC.) INCLUYENDO LA MAÑANA DE LA PRUEBA (>3 HORAS ANTES)

EN LA NOCHE ANTES DE SU PRUEBA:

Si usted es diabético insulina, consulte con su médico para ajustar sus medicamentos.

NO COMA NI BEBA NADA DESPUÉS DE MEDIANOCHE.

EN LA DÍA DE LA PRUEBA:

TOME SUS MEDICAMENTOS REGULARES CON AGUA 3-4 HORAS ANTES DEL EXAMEN.

Si usted es diabético, no tome pastillas de la DIABETES el día del procedimiento.

NO COMA NI BEBA NADA EN LA MAÑANA.

NO COMA NI BEBA NADA EN LA SALA DE ESPERA ANTES DE LA PRUEBA.

Usted debe notificar a nuestra oficina al menos 48 horas antes de cualquier cambio o cancelaciones.

Debe organizar para alguien que sabe recoger después de la prueba. No conductor de un taxi.

Si usted tiene alguna pregunta póngase en contacto con nuestra oficina al 718-796-1000.