



Fecha del procedimiento _____

Hora de llegada _____ Tiempo de procedimiento _____
(LLEGAR UNA HORA ANTES DE LA HORA DEL PROCEDIMIENTO)

- **RECOJA SU KIT DE PREPARACIÓN EN SU FARMACIA AHORA** y guárdelo en su botiquín en casa hasta que lo necesite.
- **COMPRA la botella de 10 oz de CITRATO DE MAGNESIO.**
- Si tiene problemas durante la preparación, llame a nuestra oficina al (315) 234-6677.

Por favor reportarse a:
HOSPITAL CONMEMORATIVO COMUNITARIO
HAMILTON, NUEVA YORK

*****Entre por la puerta 13 - vea el mapa en el paquete**

COLONOSCOPIA DE 2 DÍAS INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN

Su médico le ha ordenado esta prueba para detectar cáncer de colon, incluyendo la detección y extirpación de pólipos potencialmente dañinos. Deberá seguir las instrucciones incluidas para estar debidamente preparado y limpio para el procedimiento; de lo contrario, deberá reprogramarlo y se le cobrará un cargo por cancelación de \$150.

Esta es una herramienta de detección importante, entendemos que la preparación puede ser difícil para algunos, pero le pedimos que siga estas instrucciones para que podamos brindarle la mejor atención posible de manera oportuna.



¿Puedes ver los baches en la imagen de arriba? Esto equivale a que tu médico intente ver pólipos durante tu colonoscopia si la preparación no se realizó correctamente.



Este es un camino despejado que permite ver fácilmente los baches. Esta es la diferencia de una preparación. Completamente realizado, siguiendo nuestras instrucciones y con una preparación deficiente. Esta imagen le permitirá al médico realizar un examen más completo, ya que visualiza mejor el colon.

Diabético ¿ES INSULINA?	ERV por SARF	Se ordenó la prueba C-DIFF	Marcapasos/ Desfibrilador: copiar tarjeta - nombre de cardio	Anticoagulantes: Prescripción médica cardio	Trastorno de la coagulación	Se necesita traductor	Oxígeno ¿cuántos litros?	Hipertensión maligna	En diálisis	Tuvo COVID en el último mes	El paciente tiene medicamentos que retener
----------------------------	--------------	-------------------------------	---	---	--------------------------------	--------------------------	-----------------------------	-------------------------	-------------	--------------------------------	---

Personal: Marque con un círculo si sí. Táchelo si no.

AGOSTO DE 2025

7 DÍAS ANTES DE SU COLONOSCOPIA

- Comience a seguir la dieta baja en fibra/baja en residuos incluida en este paquete.

Asegúrese de obtener su preparación de la farmacia. No podrá

conducir después del procedimiento ni durante el resto del día. Por favor, pida a un adulto responsable que lo lleve a casa. Si necesita usar un taxi o Uber, DEBE ir acompañado de un adulto responsable, como un familiar o un amigo, en el viaje de regreso.

Si su cita es a las 2:00 p. m. o más tarde, es necesario que su conductor permanezca en la sala de espera durante el procedimiento. No se permiten taxis ni Ubers para estas citas tardías.

- Si toma un anticoagulante (como Coumadin, Plavix, etc.), asegúrese de que el consultorio lo sepa. • Si tiene un marcapasos o un desfibrilador, asegúrese de que el consultorio lo sepa. • Si tuvo COVID-19 en el mes anterior a su procedimiento, llame al consultorio.
- Llame a la oficina si ha tenido algún síntoma, diagnóstico, medicamento o cirugía nuevos. o hospitalizaciones desde la última vez que hablamos con usted.



NO TOME NINGUNO DE LOS SIGUIENTES 7 DÍAS ANTES: Fentermina (Adipex-P, Suprenza), Fentermina/Topiramato (Qsymia), Orlistat (Xenical, Alli), Lorcaserina (Belviq), Dietilpropión, Metanfetamina (Desoxyn), Liraglutida (Saxenda), Benzfetamina (Didrex, Regimex), Fendimetrazina (Bontril PDM), Carafate.

También deje de tomar hierro, multivitaminas, medicamentos a base de hierbas, aceite de pescado y vitaminas A y E.

Si usted es un paciente diabético, llame al médico que controla su diabetes y hágale saber que se estará preparando para una colonoscopia.

Infórmeles sobre los cambios de medicación que necesita realizar y trabaje con su médico sobre cómo controlar su nivel de azúcar en sangre durante el período de preparación.

MEDICAMENTOS PARA LA DIABÉTICA Y LA PÉRDIDA DE PESO

Los siguientes medicamentos **DEBEN SUSPENDERSE** según las instrucciones a continuación

MEDICAMENTOS GLP-1

- Si está tomando un medicamento GLP-1 DIARIAMENTE, deberá omitir su dosis el día del procedimiento.
- Si está tomando un medicamento GLP-1 SEMANALMENTE, deberá omitir su dosis la semana anterior al procedimiento.

Trulicity (dulaglutida)
Bydureon BCise o Byetta (Exenatida)
Ozempic, Wegovy o Rybelsus (semaglutida)
Saxenda o Victoza (Liraglutida)
Adlyxin o Lixumia (Lixisenatida)
Mounjaro o Zepbound (Tirzepatide)
Soliqua (insulina glargina/lixisenatida)
Beinaglutida
PEG-loxenatida

MEDICAMENTOS SGLT2

- Suspenda estos medicamentos durante 3 días.

Jardiance (Empagliflozina)
Brenzavvy (bexagliflozina)
Invokana (Canagliflozina)
Farxiga o Xigduo (dapagliflozina)
Inpefa (sotagliflozina)
Suglat (ipragliflozina)
Invokamet (Canagliflozina más metformina HCl)
Synjardy (Empagliflozina más metformina HCl)
Qtern (dapagliflozina y saxagliptina)

Steglatro (Ertugliflozina) • Suspenda este medicamento durante 4 días

2 DÍAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE DESPIERTE:

- No tome Viagra (Sildenafil), Cialis (Tadalafil) ni ningún medicamento para la disfunción eréctil.
- No tome ningún medicamento para el TDAH.
- No tome Adderall (dextroanfetamina y anfetamina) ni Vyvanse (lisdexanfetamina).
- No consumir ningún tipo de marihuana ni drogas recreativas.
- SÓLO LÍQUIDOS CLAROS DURANTE DOS DÍAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO.
NO ALIMENTOS SÓLIDOS.

→ • A LAS 5:00 P. M., DOS (2) DÍAS ANTES DE SU PROCEDIMIENTO: Tome una botella de 10 oz de citrato de magnesio.

- Continúe bebiendo cantidades adicionales de líquidos CLAROS para ayudarlo a sentirse lleno, mantenerse hidratado y Ayude a limpiar su sistema.

EL DÍA ANTES DE SU COLONOSCOPIA CONTINÚE:

- CONSUMIR SOLO LÍQUIDOS CLAROS TODO EL DÍA. NO CONSUMIR ALIMENTOS SÓLIDOS. Beber más líquidos CLAROS hoy para sentirse saciado, mantenerse hidratado y ayudar a limpiar el organismo.

- Instrucciones adicionales en la página siguiente para la preparación intestinal.

LOS LÍQUIDOS CLAROS INCLUYEN:

Gelatina (NO pudín) (NO rojo ni morado)
Té de

agua sin crema Caldos

como el de pollo o res (hasta 8 hrs antes)

Jugo de uva blanca o de arándano blanco

Refresco : no colas ni refrescos oscuros

Gatorade o Kool Aid (NO rojo ni morado)

Paletas (NO rojas ni moradas)

Está bien una taza de café negro por la mañana (SÓLO EL DÍA ANTERIOR al procedimiento)

Los colores claro, naranja, amarillo, verde y azul están bien.

LO QUE NO PUEDES COMER/BEBER

Leche o productos lácteos

Cualquier cosa con tintes o colores rojos o morados.

Cualquier forma de alcohol

batidos de proteínas

SUGERENCIAS DURANTE LA PREPARACIÓN

- Mezcle su preparación más temprano en el día y refrigérela hasta el momento de preparación.

- No beba su preparación a sorbos.

- Bebe cada vaso lo más rápido posible con una pajita hacia la parte posterior de la boca.

Si siente malestar estomacal mientras toma su preparado, DETÉNGASE hasta que se le pasen las náuseas. Luego, reanude el consumo al ritmo indicado.

- Puede utilizar ungüentos tópicos o toallitas desechables para ayudar a prevenir la irritación de la piel.



Si tiene algún problema durante la preparación, llame a nuestra oficina para hablar con nuestro servicio de guardia. Le contactaremos. El número de teléfono de nuestra oficina es (315) 234-6677.

INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN

**YOU MUST FOLLOW OUR
INSTRUCTIONS...
NOT THE PHARMACY'S**

2:00pm EL DÍA ANTERIOR A SU PROCEDIMIENTO:

¡SOLO PREPARACIONES DE MIRALAX! Tome 4 tabletas de Dulcolax (bisacodilo) (medicamento de venta libre). No las triture ni las mastique.

5:00 pm LA NOCHE ANTERIOR A SU PROCEDIMIENTO:

****Encuentre sus instrucciones de preparación específicas a continuación (solo UNA de ellas se aplicará a usted).

CLENPIQ:

Beba una botella de 150 ml de CLENPIQ. Durante las dos horas siguientes, beba al menos cinco (5) vasos de 230 ml de líquidos claros. Beber más líquidos ayudará a que la preparación funcione mejor.

GoLYTELY, Gavilyte, NuLYTELY, Peg 3350-electrolitos o cualquier preparación genérica de 128 oz:

Agregue agua tibia del grifo hasta la línea de LLENADO y agregue el sobre de sabor si lo desea (NO ROJO ni MORADO). Agite bien. Comience a beber la solución a razón de 8 oz cada 10 a 15 minutos hasta que haya consumido la mitad del envase, o 64 oz.

PLAN:

Vacíe [Dosis 1 sobre] en el recipiente para mezclar. Llene con agua hasta la línea y mezcle con una cuchara hasta que se disuelva por completo. Beba todo el contenido del recipiente en 30 minutos. Luego, beba 473 ml (16 onzas) de líquidos claros en 30 minutos.

SUTAB (ver página siguiente)

PREPARACIÓN DE MIRALAX:

Disuelva la mitad del frasco de 238 g de Miralax en 800 ml de Gatorade (NO ROJO ni MORADO). Beba toda la mezcla en una hora.

PREPARACIÓN DE SUFLAVE:

Vierta un sobre de sabor en una botella de preparación. Llene con agua tibia hasta el borde. Después de tapar la botella, agítela suavemente hasta que se disuelva todo el polvo. Beba 237 ml de solución cada 15 minutos hasta vaciar la botella. Beba 477 ml de agua adicionales durante la siguiente hora.

SUPRESIÓN:

Vierta (1) botella en el vaso mezclador incluido. Añada agua fría hasta la línea de llenado. Beba todo el contenido del vaso. Con el vaso incluido, beba 2 vasos llenos de agua en la siguiente hora. NO AÑADA SABORIZANTE.

LA MAÑANA DE SU CITA:

- Tome los medicamentos para la presión arterial según las indicaciones.

8 HORAS ANTES DE SU HORA DE LLEGADA:

- ¡ No más CALDO!

6 HORAS ANTES DE SU HORA DE LLEGADA:

- SUPREP, CLENPIQ, GoLYTELY o cualquier preparación genérica de 128 oz:
Continúe bebiendo al ritmo especificado anteriormente y termine la solución.
- PREPARACIÓN DE PLENVU: Vacíe las bolsas A y B de la dosis 2 en el recipiente para mezclar.
Llene con agua hasta la línea y mezcle con una cuchara hasta que se disuelva por completo. Beba todo el contenido del recipiente en 30 minutos. Luego, beba 473 ml (16 onzas) de líquidos claros en 30 minutos.
- PREPARACIÓN DE MIRALAX Y SUFLAVE: Repita los pasos anteriores

4 HORAS ANTES DE SU LLEGADA PROGRAMADA:

- Debes DEJAR de beber todos los líquidos, incluida el agua.
(puede tomar sus medicamentos con 1-2 sorbos de agua hasta 2 horas antes de su hora de llegada)
- No mascar chicle, caramelos duros ni masticar tabaco.

**TO PREVENT DEHYDRATION
AND HEADACHE...
CONTINUE DRINKING
CLEAR LIQUIDS**



INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN

DEBES SEGUIR NUESTRAS
INSTRUCCIONES...
NO ES DE LA FARMACIA

PARA **SUTAB**

5:00 pm LA NOCHE ANTERIOR A SU PROCEDIMIENTO:

- Abra un (1) frasco de doce (12) pastillas y llene el vaso provisto con agua corriente hasta la línea de llenado. de 16 onzas.
Durante 15 a 20 minutos, use esta agua para tomar cada pastilla a un buen sorbo y luego termine las 16 onzas. Use más agua si es necesario. Tome las pastillas y el agua más despacio si empieza a sentirse incómodo. (Tome una pastilla a la vez, espere 1 o 2 minutos antes de tomar la siguiente).
- Use el vaso provisto para beber al menos 32 onzas de agua simple durante los próximos dos (2) días. Distribuya el consumo de agua durante este tiempo en lugar de beberla toda inmediatamente después de tomar las pastillas.
 - Por ejemplo, beba 16 onzas aproximadamente una hora después del inicio de la dosis uno (1), luego otras 16 onzas aproximadamente una hora y media después del inicio de la dosis uno (1).
IMPORTANTE: para la dosis dos (2), tener en cuenta que toda el agua debe consumirse antes del período de ayuno, que comienza cuatro (4) horas antes de la hora de llegada.
- Después de la dosis uno (1), continúe con la dieta de líquidos claros durante la noche para mantenerse hidratado.

LA MAÑANA DE SU CITA:

- Tome los medicamentos para la presión arterial según las indicaciones.

8 HORAS ANTES DE SU HORA DE LLEGADA:

- ¡ No más CALDO!

6 HORAS ANTES DE SU HORA DE LLEGADA:

- Iniciar dosis 2. Repita los pasos anteriores.
- NOTA: Debes consumir toda el agua al menos 4 horas antes de tu hora de llegada.

4 HORAS ANTES DE SU LLEGADA PROGRAMADA:

- Debes DEJAR de beber todos los líquidos, incluida el agua. (puede tomar sus medicamentos con 1-2 sorbos de agua hasta 2 horas antes de su hora de llegada)
- No mascar chicle, caramelos duros ni masticar tabaco.

PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN
Y EL DOLOR DE CABEZA...

SIGUE BEBIENDO
LÍQUIDOS CLAROS



BUENA PREPARACIÓN

Se trata de heces de un color similar y de una consistencia similar para un paciente bien preparado.



**DEBES
SEGUIR NUESTRAS INSTRUCCIONES..
NO ES DE LA FARMACIA**

MALA PREPARACIÓN

Así lucirían sus heces si no se siguen las instrucciones de preparación correctamente.
Llame a nuestra oficina antes de venir si sus heces son así.



Los siguientes alimentos generalmente están PERMITIDOS en una dieta baja en

fibra: • Cualquier pasta blanca, arroz, galletas, pan o cualquier cosa hecha con harina blanca.

- Arroz blanco, pasta blanca simple, fideos y macarrones.
- Frutas o verduras enlatadas o cocidas sin piel, semillas ni membranas, pulpa
- Carne molida, pollo, pescado, huevos, tofu
- Mantequilla de maní cremosa
- Leche y productos lácteos (yogur, pudín, helado, quesos y crema agria), 2 tazas al día
- Mantequilla, margarina y aceites



o jugos sin

Debes EVITAR los siguientes alimentos: • Panes,

cereales y pastas integrales o de grano entero .

- Arroz integral o salvaje y otros cereales integrales como avena, kasha, cebada, quinua
- Frutos secos y jugo de ciruelas pasas
- Fruta cruda
- Verduras crudas o poco cocidas, incluido el maíz.
- Frijoles secos, guisantes y lentejas
- Semillas y frutos secos, y alimentos que los contengan.
- Coco
- Palomitas
- Pasas



La dieta incluye alimentos que reducen (no eliminan) los residuos del colon. Esta dieta tiene una textura suave y no irrita ni mecánicamente ni químicamente.

Tenga en cuenta que podría tener menos evacuaciones intestinales y heces más pequeñas si sigue una dieta baja en fibra. Para evitar el estreñimiento, la deshidratación y los dolores de cabeza, necesita beber más líquidos.



POR FAVOR LLEGUE UNA HORA ANTES DE LA HORA DE SU PROCEDIMIENTO.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN/NO PRESENTACIÓN:

Los pacientes que cancelen o reprogramen su cita sin previo aviso de 3 días hábiles o que no se presenten a su cita programada podrían tener un cargo de \$150.00. Tenga en cuenta que varias inasistencias, cancelaciones o reprogramaciones podrían resultar en el despido de nuestra clínica.

ANTES DE SU PROCEDIMIENTO

- DEBE SEGUIR NUESTRAS INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN, las instrucciones que le dimos sobre alimentación, bebida y medicamentos.

Antes de su procedimiento.

- Verifique sus beneficios, elegibilidad y cobertura con su(s) compañía(s) de seguros; consulte la información de facturación en este paquete. • Si cambia de seguro, debe informarnos al menos dos semanas antes de su cita. Si acude a su cita con un nuevo plan de seguro que requiere referencias o autorizaciones, es posible que deba reprogramar su procedimiento, ya que obtenerlas lleva tiempo.

- Traiga a su cita una lista actualizada de medicamentos, una lista de alergias, una identificación con foto y su tarjeta de seguro médico. • Si toma anticoagulantes y no ha recibido instrucciones sobre su uso antes del procedimiento, comuníquese con su médico lo antes posible.

- Por favor, llame a la oficina si ha tenido nuevos síntomas, diagnósticos, medicamentos, cirugías u hospitalizaciones. • Debido al espacio limitado, solo una persona lo acompañará. • Complete la documentación requerida que recibió y tráigala consigo. • Llegue 60 minutos antes de la hora de su procedimiento. No llegue antes de las 6:45 a. m. • Si su cita es a las 2:00 p. m. o más tarde, su transporte debe esperarlo mientras se realiza el procedimiento.

SU PROCEDIMIENTO E

tiempo total previsto para su estancia, desde el registro hasta la salida es de aproximadamente 2-3 horas.

Después del procedimiento, su tiempo de recuperación será de aproximadamente 30 minutos. Podría haber un retraso imprevisto antes del procedimiento.

A su llegada, tras registrarse, una enfermera revisará con usted su historial médico y el procedimiento. Luego, lo trasladarán a una camilla, donde se desvestirá y le colocarán una vía intravenosa.

En cualquier momento del proceso, no dude en hacer preguntas sobre sus inquietudes. Para nosotros es importante que sepa exactamente qué implica y que se sienta cómodo.

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO:

Después del procedimiento, el médico le hablará sobre el mismo. Si no está con usted, es posible que no recuerde la conversación. No dude en pedirle a su enfermera que vuelva a hablar con su médico o puede llamar al consultorio al 315-234-6677.

Si su médico realizó biopsias durante el procedimiento, la mayoría de los resultados estarán disponibles en un plazo de 2 a 3 semanas. Muchos pacientes reciben sus resultados en su cita de seguimiento; algunos recibirán una carta con los resultados. Regístrese en nuestro portal para pacientes para obtener resultados más rápidos y acceder más fácilmente a nuestra clínica y a su historial clínico.

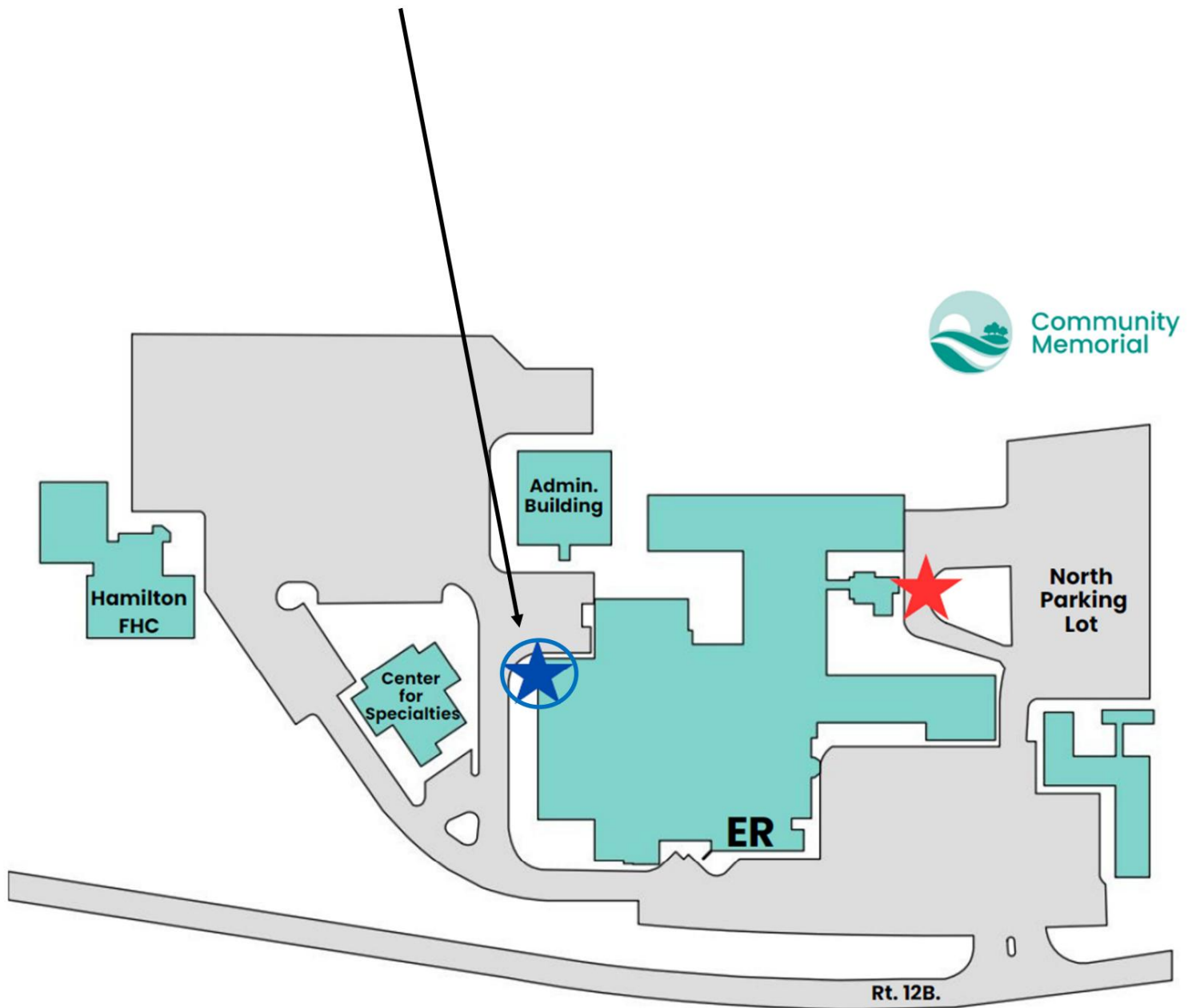
No se le permitirá conducir de regreso a casa ni durante el resto del día debido a la anestesia.

Debe tener un conductor con licencia que lo lleve a casa y todos los pacientes deben ser dados de alta en compañía de un adulto responsable. Un adulto responsable es una persona que es física y mentalmente capaz de tomar decisiones por el paciente si es necesario.

Además, la persona responsable debe comprender los requisitos de los cuidados postanestésicos. (Un taxista no se considera responsable de un paciente que acaba de recibir anestesia/sedación).

Si su procedimiento es a las 2:00 o más tarde, su transporte deberá quedarse y esperar por usted.

Ingresa por la puerta 13 en la parte TRASERA del extremo SUR del edificio a través de la rampa cubierta.



 All patients receiving outpatient services (radiology, laboratory and rehabilitation) and visitors will enter through our NORTH ENTRANCE.

 Surgical patients will enter through Door 13 at the REAR of the SOUTH end of the building through the covered ramp.

Información de facturación / guía

Acerca de su próximo procedimiento de endoscopia en el Community Memorial Hospital

CATEGORÍAS DE COLONOSCOPIA

- Colonoscopia diagnóstica/terapéutica: el paciente presenta síntomas gastrointestinales, pólipos de colon o enfermedad gastrointestinal. que requiera evaluación o tratamiento mediante colonoscopia.
- Colonoscopia de vigilancia/alto riesgo: el paciente no presenta síntomas gastrointestinales y tiene antecedentes personales de enfermedad gastrointestinal (como diverticulitis, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa), antecedentes personales o familiares de pólipos de colon y/o cáncer.
- Colonoscopia de detección: El paciente es asintomático (sin síntomas gastrointestinales), tiene 45 años o más y no presenta antecedentes personales de enfermedad gastrointestinal, pólipos de colon ni cáncer. Los pacientes en esta categoría no se han sometido a una colonoscopia en los últimos 10 años.

Tenga en cuenta que estos no son los códigos de diagnóstico definitivos. Estos no se pueden determinar hasta después del procedimiento.

COLONOSCOPIA	CÓDIGO CPT 45378	CÓDIGO(S) DE DIAGNÓSTICO _____
CÓDIGO CPT DE ENDOSCOPIA SUPERIOR 43235		CÓDIGO(S) DE DIAGNÓSTICO _____

Aunque su médico de cabecera podría derivarlo a una colonoscopia de detección, es posible que no califique para la categoría de colonoscopia preventiva. Por ejemplo, si se realiza una biopsia o se extirpa un pólipo, su colonoscopia de detección se convierte en una colonoscopia diagnóstica y su seguro podría procesar la reclamación de forma diferente. Le recomendamos que consulte sus beneficios para cada caso.

Debido al creciente número de planes y pólizas de seguro individuales, recomendamos encarecidamente a todos los pacientes que llamen a su compañía de seguros antes de CUALQUIER procedimiento, prueba y/o cita para verificar su cobertura.

En la página siguiente encontrará una lista de las empresas de las que puede recibir una factura por su procedimiento.

Llame al número de atención al cliente que aparece en su tarjeta de seguro. Documente su llamada para sus registros. Debe verificar su cobertura con cada compañía que aparece a continuación. Las hemos numerado para facilitarle la tarea si necesita anotar información sobre una sola compañía en particular.

Fecha de la llamada _____	Compañía aseguradora _____	Teléfono # _____
---------------------------	----------------------------	------------------

El nombre del representante _____ Dígame al representante que está llamando para verificar la cobertura de su procedimiento. se atenderá en el Community Memorial Hospital. Todos los servicios se prestan en un entorno hospitalario ambulatorio.

¿TODAS las empresas están "dentro de la red"? No Sí, _____

¿Es necesaria una referencia o autorización? . . . No Sí, _____

¿Hay algún gasto de bolsillo? . . . No Sí, _____

Otras notas _____

Llamar al número de referencia _____

Para su próximo procedimiento de endoscopia en Community Memorial en Hamilton.

Es posible que reciba una factura de todas o algunas de las siguientes empresas:

Tarifa de instalación del Community Memorial Hospital 150 Broad
Street, Hamilton, NY 13346 Número de identificación
fiscal 150548010 Preguntas sobre
facturación llame al 315-824-6552 Sitio web:
<https://communitymemorial.org>

Asociados Gastroenterológicos de Syracuse, PC
5000 Campuswood Drive, East Syracuse, NY 13057 Número de
identificación fiscal 160989507
Preguntas sobre facturación llame al 315-937-3000
Sitio web: www.syracusegastro.com

Honorarios del patólogo
(facturado por Syracuse Gastroenterological Associates, PC)
Los honorarios de los patólogos por interpretar cualquier biopsia.

Anestesia CHAG
Número de identificación fiscal 161075185
Número NPI 1740279017
Si tiene preguntas sobre facturación, llame a MMRI al 315-362-5281

Laboratory Alliance (factura el
cargo técnico por cualquier patología o citología)
Oficinas corporativas: 1304 Buckley Road, Syracuse, NY 13212 Preguntas sobre
facturación llame al 315-883-4882 Sitio web: [https://
www.laboratoryalliance.com/patient-services/insurers/](https://www.laboratoryalliance.com/patient-services/insurers/)

Hospitales con los que estamos afiliados:

Hospital Crouse
736 Avenida Irving
Syracusa, Nueva York 13210
Oficina de facturación 315-470-7331

Hospital Memorial Comunitario
150 Broad Street
Hamilton, Nueva York 13346
Oficina de facturación 315-824-6552





Community
Memorial

Por favor reportarse a:

MEMORIAL DE LA COMUNIDAD

150 BROAD STREET

HAMILTON, Nueva York 13346

****Ingrese por la puerta 13 en la parte TRASERA del extremo SUR del edificio a través de la rampa cubierta. (vea el mapa en este paquete)**

<https://www.communitymemorial.org/>



Desde la Ruta 20 en dirección este:

Gire ligeramente a la DERECHA en NY-46, 3 millas al este de Morrisville
La NY-46 se convierte en la NY-12B

Siga la 12B a través de Hamilton

El Community Memorial Hospital está en el lado derecho de la carretera.

Desde la Ruta 20 en dirección oeste:

La US-20 se convierte en US-20 O/NY-12B S/NY-26 S Gire

a la IZQUIERDA en NY-26 justo al oeste de Madison.

Gire a la IZQUIERDA en

NY-46. NY-46 se convierte en

NY-12B. Siga la 12B a través de

Hamilton Community Memorial Hospital, que está en el lado derecho de la carretera.

Independientemente de lo que cubra su plan de seguro médico, Syracuse Gastroenterological Associates, PC, respalda la
Las directrices de la Sociedad Americana del Cáncer, la AGA, el ACG y los CDC sobre el cáncer de colon recomiendan una
colonoscopia de detección para todos los pacientes de 45 años o más,
independientemente de los síntomas. Si tiene alguna pregunta, consulte con su profesional de la salud.

ASOCIADOS GASTROENTEROLÓGICOS DE SYRACUSE , PC

POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN/CANCELACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE ENDOSCOPIA

Una vez que tenga fecha y hora para su procedimiento endoscópico, se reservará un lugar en nuestro centro quirúrgico a su nombre. Los pacientes que cancelen o reprogramen su cita sin previo aviso de 3 días hábiles o que no se presenten

a su cita programada podrían tener un
cargo de \$150.00.

Entendemos que pueden surgir circunstancias fuera de su control que hagan que usted pierda su cita.

Se harán excepciones en caso de mal tiempo o emergencias reales.

Sea considerado con los demás pacientes llamando a nuestra oficina lo antes posible si no puede asistir a su cita.

Su cooperación es muy apreciada.

POR FAVOR TRAIGA LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA A SU CITA DE PROCEDIMIENTO

Nombre y apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico(s) a quien desea que se envíe el informe: _____

Marque una opción: Hombre Mujer, ¿está embarazada? No Sí ¿Para qué procedimiento estás aquí? _____

Cuánto mide: _____ ¿Cuánto pesas? _____

¿Tiene a alguien con usted en nuestra sala de espera? No Sí, nombre de la persona: _____

¿Quieres que esa persona esté presente cuando el médico te hable después del procedimiento? No Sí

¿Su conductor es la persona que está en la sala de espera? No Sí

¿Necesita llamar a su conductor? No Sí, Nombre del conductor: _____ Teléfono: _____

¿Tiene usted un apoderado para la atención médica? No Sí

¿Tiene usted un testamento vital? No Sí

¿Tiene una orden de no resucitar (DNR)? No Sí

****Si tiene un apoderado para la atención médica, un testamento vital o una orden de no reanimar (DNR), traiga copias a su cita para el procedimiento.**

Por favor, ~~marque~~ con un círculo los artículos que trajo hoy: Dentaduras postizas Gafas Audífonos Bastón Andador Silla de ruedas

Marque ~~con~~ un círculo cuál de estos medicamentos toma habitualmente: Coumadin Heparina Plavix Aspirina Ibuprofeno

¿Cuándo dejaste de tomarlo/tomarlos? _____

¿Qué medicamentos tomó hoy? _____ No tomé medicamentos hoy

Alergia a los medicamentos	No Sí	alergia al látex	No Sí
Alergia al yodo/colorante	No Sí	Alergia alimentaria	No Sí

Por favor, enumere las alergias a medicamentos o alimentos.

1. _____ enumere la(s) reacción(es): _____

2. _____ enumere la(s) reacción(es): _____

3. _____ enumere la(s) reacción(es): _____

Otras notas sobre alergias: _____

*****POR FAVOR TRAIGA UNA LISTA DE SUS MEDICAMENTOS*****

**PLEASE FILL OUT THE DAY OF YOUR PROCEDURE
BRING COMPLETED PAPERWORK TO YOUR APPOINTMENT**

PAGINA 2 ... 6/2018

Marque con un círculo si tiene alguna de estas enfermedades: SARM VRE BLEE C-DIFF HEPATITIS TB
HERPES OTRO _____

¿Fumas/usas tabaco? No Sí

Si es así, ¿está interesado en parar? No Sí

Syracuse Gastroenterological Associates, PC y Syracuse Endoscopy Associates, LLC alientan a todos los pacientes a dejar de consumir tabaco.

Hay muchos recursos disponibles para ayudarlo a dejar de consumir tabaco (por ejemplo, derivación a asesoramiento, <http://www.smokefree.gov>, 1-800-QUIT-NOW, farmacoterapia). Solicite ayuda o más información en cualquier momento.

¿Bebes alcohol? No Sí

¿Ha recibido la vacuna contra la gripe? No Sí, fecha _____

¿Consumes drogas recreativas? No Sí

¿Ha tenido problemas con la anestesia o sedación? No Sí

¿Le ha diagnosticado un médico apnea del sueño? No Sí

Si es así, ¿utiliza una máquina CPAP? No Sí

¿Tiene dificultad para abrir la boca? No Sí

¿Tiene usted algún diente flojo o anomalías dentales? No Sí

¿Tiene dificultad para flexionar o extender el cuello? No Sí

¿Está recibiendo diálisis? No Sí

¿Se ha sometido a una mastectomía o disección de ganglios linfáticos? No Sí, marque con un círculo: Derecha Izquierda

¿Tiene implantes internos? (marque una) articulaciones de reemplazo válvulas cardíacas marcapasos/desfibrilador ninguno

Enumere los implantes si son diferentes a los anteriores: _____

¿Es diabético? No Sí, ¿fecha y hora de la última punción digital? Hora: _____ Lectura: _____ Si es diabético, ¿se siente mareado o aturdido? No Sí

DEBERES:

¿Cuando bebiste líquido por última vez? _____

¿Cuando comiste alimentos sólidos por última vez? _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOLO PARA PACIENTES DE COLONOSCOPIA Y SIGMOIDOSCOPIA:

Si se va a realizar una colonoscopia, ¿tomó la medicación de limpieza de colon según las indicaciones? No Sí

Nombre de la preparación _____

Resultados de la preparación

____ Claro ____ Amarillo ____ Marrón ____ Otro, _____
____ Acuoso ____ Líquido espeso ____ Sólido ____ Otro, _____