

Esofagogastroduodenoscopia (EGD)

Fecha Del Procedimiento: _____ Hora de Procedimiento: _____

North Valley Endoscopy Ctr
15255 N. 40th St Bldg 8 Ste 157

Honor Health JCL NM (Hospital)
250 E. Dunlap (Main Entrance)

Hora de Llegada: _____ (Favor de llegar una hora antes de su procedimiento)

Instrucciones de endoscopia superior:

Para asegurar un examen exitoso, siga todas las instrucciones cuidadosamente.

DEBE organizar un transporte para el día de su examen. Si no logra un transporte aceptable, su procedimiento Necesitara de ser reprogramado . *Si tiene que cancelar o reprogramar su cita, por favor llame a la oficina lo mas pronto posible*

1. DEJE DE TOMAR LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS COMO SE INDICA A CONTINUACION (DE 2 A 7 DIAS ANTES DEL PROCEDIMIENTO)

Mantenga GLP-1's como: Ozempic, Trulicity, Mounjaro, Byetta, Bydureon, Victoza, Adlyxin, Rybelsus.

- Si son inyectables semanales, manténgalos 1 semana antes de su procedimiento.
- Si la dosis es diaria, mantenga el día de su procedimiento.

Anticoagulantes que incluyen:

- Suspnda 5 días antes de su procedimiento: Plavix, Coumadin/Warfarin, Clopidogrel , Effient, Prasugrel and Aggrenox.
- Suspnda 2 días antes de su procedimiento: Brilinta Eliquis, Xarelto/Pradaxa.

Si no esta seguro de que los medicamentos que esta tomando sean Anticoagulantes, CONSULTE a su Medico/farmacéutico

2. Se puede lavar los dientes solo asegurese que NO trague nada de agua.

3. **Favor de NO comer o beber nada despues de la media noche** anterior a su procedimiento. Si su procedimiento esta agendando entre las 12:00PM y 3:00PM puede tomar muy pequeños sorbos de agua 6 horas antes de su procedimiento.

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA MEDICAMENTOS:

- **MEDICAMENTO PARA LA PRESION O EL CORAZON:** Se puede tomar su medicamento el dia de su procedimiento con un poco de agua.
- **MEDICAMENTO PARA LA DIABETES:** Favor de **NO** tomar medicamento para la diabetes (pastillas o insulina) la **mañana** de su procedimiento. Consulte con su doctor Primario o su Endocrinologo con cualquier pregunta sobre su medicamento.

**** POR FAVOR ASEGURESE DE TRAER SU TARJETA DE ASEGURANSA Y UNA LISTA DE MEDICAMENTOS CON USTED****