

## Instrucciones para la endoscopia superior/EGD

### Por favor, informe a:

Centro de Endoscopia Northside  
8424 Naab Rd, Suite 3G  
Indianápolis, IN 46260

Ascensión Centro de Endoscopia de San Vicente  
Entrada #1  
2001 W. 86 Street  
Indianápolis, IN 46260

Ascensión San Vicente  
Centro de Salud Digestiva  
Entrada #1  
13500 N. Meridian St.  
Carmel, IN 46032

El (Fecha): \_\_\_\_\_ Hora del Procedimiento: \_\_\_\_\_

**\*\*Para tener una endoscopia superior exitosa, su estómago debe estar libre de cualquier alimento o líquido. Esto le permite a su médico ver todo su estómago. Es extremadamente importante seguir las instrucciones a continuación.\*\***

| 1 semana antes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 día antes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Día del Procedimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>* Revise la lista de medicamentos en la página 2 y siga las instrucciones para determinar si necesita tener algún medicamento en la mano y/o cómo tomar sus medicamentos el día del procedimiento.</p> <p>* Si ha tenido una enfermedad significativa / enfermedad respiratoria en la última semana, llame al 317-872-7396 para hablar con el asistente médico.</p> | <p>* Durante el día, puede comer y beber como lo haría normalmente.</p> <p>*Por favor, confirme su conductor. El transporte público como autobús, taxi, Uber/Lyft está prohibido. Si no tiene conductor y está recibiendo anestesia, su procedimiento será cancelado.</p> <p>*Completar su documentación o Cuestionario de salud en línea</p> <p><b>*¡NO HAY ALIMENTOS SÓLIDOS DESPUÉS DE LA MEDIANOCHE!</b></p> | <p><b>*¡NO HAY ALIMENTOS SÓLIDOS!</b></p> <p>* Puede tomar líquidos de la lista de líquidos transparentes aprobados a continuación hasta 4 horas antes de su procedimiento.</p> <p><b>*¡Detenga todos los líquidos claros 4 horas antes de su procedimiento!</b></p> <p>*Llegue 1 hora antes de la hora programada para el procedimiento con su documentación completa.</p> |

## Líquidos transparentes aprobados: ¡Sin sustituciones!

- Café o té negro (SIN crema, leche ni crema no láctea)
- Zumo de manzana o uva blanca
- Gelatina (NO roja, naranja o morada)
- 99% Caldo de pollo o ternera sin grasa (SIN cubos de caldo)
- Propel, Gatorade o Powerade (SOLO transparente o lima limón)
- Ginger Ale, 7 Up, Sprite o refresco dietético
- Agua

**SI TOMA UN ANTICOAGULANTE, UN MEDICAMENTO PARA LA DIABETES O UN MEDICAMENTO PARA BAJAR DE PESO (ORAL O INYECTABLE), SIGA LAS INSTRUCCIONES A CONTINUACIÓN:**

**\*¡CONSULTE CON EL MÉDICO QUE LE RECETÓ SU MEDICAMENTO ANTES DE SUSPENDERLO!**

**ANTICOAGULANTES**

| <b>Nombre del medicamento</b> | <b>Deje de tomar el medicamento tantos días antes de la fecha programada para el procedimiento</b> |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Brilinta/Ticargelol           | 3 Días                                                                                             |
| Coumadin/Warfarina/Jantoven   | 5 Días                                                                                             |
| Eficiente/Prasugrel           | 5 Días                                                                                             |
| Eliquis/Apixaban              | 2 Días                                                                                             |
| Plavix/Clopidogrel            | 5 Días                                                                                             |
| Pradaxa/Dabigatran            | 2 Días                                                                                             |
| Savaysa/Edoxabán              | 3 Días                                                                                             |
| Xarelto/Rivaroxabán           | 2 Días                                                                                             |

**MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES**

| <b>Nombre del medicamento</b> | <b>Deje de tomar el medicamento tantos días antes de la fecha programada para el procedimiento</b> |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Brenzavvy/Bexaglyphosina      | 3 Días                                                                                             |
| Farxiga/Dapagliflozina        | 3 Días                                                                                             |
| Invokana/Canagliflozina       | 3 Días                                                                                             |
| Jardiance/Empagliflozina      | 3 Días                                                                                             |
| Synjardy                      | 3 Días                                                                                             |

**GLP1/GIP's (MEDICAMENTOS ADICIONALES PARA LA DIABETES Y LA PÉRDIDA DE PESO, ORALES E INYECTABLES)**

| <b>Nombre del medicamento DAILY</b>    | <b>Deje de tomar el medicamento tantos días antes de la fecha programada para el procedimiento</b> |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bayetta/Baidurion/Exanatide            | 1 Día                                                                                              |
| Rybelsus/Semaglutida                   | 1 Día                                                                                              |
| Saxenda/Victoza/Liraglutida            | 1 Día                                                                                              |
| Soliqua/Lixisenatida/Insulina glargina | 1 Día                                                                                              |
| Xultophy                               | 1 Día                                                                                              |

| <b>Nombre de la medicación SEMANAL</b> | <b>Deje de tomar el medicamento tantos días antes de la fecha programada para el procedimiento</b> |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bayetta/Baidurion/Exanatide            | 1 Semana                                                                                           |
| Mounjaro/Tirzepatida/Zepbound          | 1 Semana                                                                                           |
| Trulicida/Dulaglutida                  | 1 Semana                                                                                           |
| Wegovy/Ozempic/Semaglutida             | 1 Semana                                                                                           |

**TODOS LOS DEMÁS MEDICAMENTOS**

Si está tomando medicamentos para el dolor, la presión arterial alta, las convulsiones, el asma, la enfermedad de la tiroides, los latidos cardíacos irregulares o con prednisona, puede tomarlos con un **PEQUEÑO SIP** de agua, 4 horas antes de su

procedimiento. Si usa un inhalador regularmente, **por favor ÚSELO LA MAÑANA DEL PROCEDIMIENTO** y tráigalo con usted.

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE ADICIONAL**

Si tiene preguntas o desea cancelar, llame al: 317-  
872-7396  
(Elija la opción de programación o deje el correo de  
voz)

Traiga su documentación completa, identificación con foto,  
tarjetas de seguro y una forma de pago de su deducible/copago.  
(Aceptamos VISA, Mastercard, Discover, American Express,  
efectivo o cheque).

Si tiene un testamento vital o una directiva  
anticipada, traiga una copia con usted.

**GRACIAS POR ELEGIR**

**GASTROENTEROLOGÍA DE NORTHSIDE**

**y**

**CENTRO DE ENDOSCOPIA GASTROENTEROLÓGICA DE  
NORTHSIDE, LLC**

**NOS GUSTARÍA DARLE LA BIENVENIDA A NUESTRA PRÁCTICA**

**y**

**¡ESPERAMOS SUPERAR TODAS SUS EXPECTATIVAS!**