



Gastroenterology, 2300 Southwood Dr., Nashua, NH 03063 603-577-4081P 603-577-4277F

Usted debe de imprimir este reconocimiento, firmarlo, y enviarlo con los documentos necesarios para comenzar el proceso de programar su colonoscopia.

Si usted tiene preguntas, preocupaciones, o quiere saber sobre nuestras estadísticas, por favor asista a una de nuestras reuniones informativas llamando al (603) 577-4081.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____

Tel. del hogar _____ Tel. del trabajo _____ Tel. celular _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Doctor de cabecera _____

Por favor ponga sus iniciales antes de cada declaración para indicar que la ha leído:

_____ Yo comprendo que existen otros métodos de examinación y decido tener una colonoscopia.

_____ Yo comprendo que es mi responsabilidad verificar los beneficios de mi seguro médico u otros gastos no cubiertos relacionados con la colonoscopia. El número para contactar a mi seguro médico se encuentra detrás de mi tarjeta de seguro médico.

_____ Yo he leído la información que he recibido del sitio web sobre la colonoscopia. Comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Yo comprendo que debo de notificar a la oficina del doctor que realizará mi procedimiento si tengo implantado algún aparato electrónico como: marcapasos y desfibriladores.
- Yo comprendo que no debo tomar productos **anti-inflamatorios** por lo menos 7 días antes de la colonoscopia. También he contactado a mi doctor de cabecera para obtener instrucciones si estoy tomando Coumadin, Plavix, Lovenox, Aggrenox, Ticlid, insulina, o si estoy en un régimen anti-artrítico.
- Si es aplicable, yo he confirmado en el formulario de mi historial médico que soy alérgico/a a Demerol, Versed, Propofol, Fentanyl, o si tengo reacciones adversas a la anestesia.
- En decidir tener una colonoscopia, yo comprendo que existen riesgos y posibles complicaciones, lo cual pueden incluir: sangramiento y perforaciones. Complicaciones pueden llevar a una posible intervención quirúrgica.
- Yo comprendo que el hospital **requiere que yo tenga un conductor** que me lleve al hospital y de vuelta a casa. Es preferible que esta persona se quede en el hospital y espere por mí. Solo se permiten taxis si voy acompañado de un adulto responsable.
- Yo comprendo que no debo conducir por el resto del día después de la colonoscopia debido a la anestesia, y que no debo firmar ningún contrato legalmente vinculante.
- Yo comprendo que debo presentarme en la sala de espera de endoscopia una hora antes de la hora citada. También comprendo que no debo tomar nada 3 horas antes de la hora citada para el procedimiento.
- Puedo esperar ser notificado el mismo día del procedimiento si se realizó una biopsia o si pólipos fueron extraídos. También el especialista que llevó a cabo el procedimiento me notificará sobre mis resultados por escrito; este proceso puede tardar hasta 3 semanas. Esta correspondencia incluye información sobre patología, cuando debo planear mi próxima colonoscopia, o si se requiere tomar medidas provisionales. Una copia de dicha carta será enviada a mi doctor de cabecera.

