



Preparacion de Miralax (2) dos dias para la Colonoscopia

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha del Procedimiento: _____ Hora de Llegada: _____ Medico _____

Oficinas:

- MidAtlantic Endoscopy Center-Lancaster (2104) Lancaster General Hospital Ephrata Community Hospital
 MidAtlantic Endoscopy Center-Oregon Pike Lancaster Regional Medical Center
 Lancaster Gastroenterology Procedure Center (2112) Heart of Lancaster Regional Medical Center

INSTRUCCIONES DE MEDICAMENTOS: A menos que esté mandado de otra manera, tome todas sus medicaciones rutinarias, INCLUYENDO ASPIRINA y PLAVIX. **PARAR** ADVIL, MOTRIN, ALEVE, IBUPROFEN, MULTI-VITAMINS, VITAMINA E, ACEITE DE PESCADO, FLAXSEED y HIERRO cinco (5) días antes de su procedimiento. **Toma Tylenol solamente para el dolor. Coumadin, Aggrenox y Ticlid deben NO tomarse por cinco (5) días antes de procedimiento.**

****Si usted es diabético/a, usted puede tomar su Metformin (Glucophage) la mañana del día antes de su procedimiento. Usted tendrá que mantener su Metformin (Glucophage) la noche anterior y la mañana de su procedimiento. Mantenga otros medicamentos orales para la diabetes la mañana del procedimiento y comprobar su nivel de azúcar antes de la llegada. Si su nivel de azúcar es de 70 o menos, por favor informe al recepción inmediatamente de su llegada.**

****Consulte con su médico de familia acerca de otros medicamentos para la diabetes, especialmente la insulina. Si usted tiene una bomba de insulina, usted es responsable de llamar y recibir instrucciones específicas del proveedor que controla su bomba.**

COMPRA SOBRE EL CONTADOR, no necesita receta:

6 – tabletas de Dulcolax

1 – 119 gramos botella de Miralax, y

1 – 238 gramos botella de Miralax, y

32oz. de liquido claro, y 64oz. de liquido claro (cualquier color que no sea rojo o púrpura)

Primer Dia: Dieta de liquidos claros durante el dia entero (No alimenyos solidos)

Seguir una dieta restringida de líquidos claros, Café, té, jugo claro sin pulpa (manzana, uva blanca, limonada) caldo, de sopa sin fideo, Gatorade o similares bebidas, Kool-Aid, Crystal Light, Jell-O (sin fruta), Paletas de hielo, Refrescos (Coca-Cola, Pepsi, Sprite, dieta o regular). **EVITAR rojo o púrpura LÍQUIDOS claro; NO LECHE o CREMA. Beba mucho líquido durante el día para evitar la deshidratación. BEBER UN MINIMO DE 8 ONZAS DE LIQUIDOS CLAROS CADA HORA.**

***En cualquier momento del día de su preparacion, mezclar la botella entera de Miralax (119 gramos) en el 32oz. de liquido claro (cualquier color que no sea rojo o púrpura).** Agitar bien hasta que el polvo se haya disuelto completamente y refrigere.

- A las 2:00pm, tomar (2) tabletas de Dulcolax.

- A las 4:00pm, empieza a beber (1) un vaso de 8oz. de la mezcla de Miralax cada media hora hasta que termines la mezcla.

- Continuar bebiendo liquidos claro el resto de la noche.

Segundo Dia: Dieta de liquidos claros durante el dia entero (No alimenyos solidos)

Seguir una dieta restringida de líquidos claros, Café, té, jugo claro sin pulpa (manzana, uva blanca, limonada) caldo, de sopa sin fideo, Gatorade o similares bebidas, Kool-Aid, Crystal Light, Jell-O (sin fruta), Paletas de hielo, Refrescos (Coca-Cola, Pepsi, Sprite, dieta o regular). **EVITAR rojo o púrpura LÍQUIDOS claro; NO LECHE o CREMA. Beba mucho líquido durante el día para evitar la deshidratación. BEBER UN MINIMO DE 8 ONZAS DE LIQUIDOS CLAROS CADA HORA.**

***En cualquier momento del día de su preparacion, mezclar la botella entera de Miralax (238 gramos) en el 64oz. de liquido claro (cualquier color que no sea rojo o púrpura).** Agitar bien hasta que el polvo se haya disuelto completamente y refrigere.

- A las 2:00pm, tomar (4) tabletas de Dulcolax.

- A las 4:00 pm, comience a beber la mezcla de Miralax/Gatorade, tomar un (1) vaso de 8oz cada ½ hora sobre 4 horas.

Continúe bebiendo liquidos claros hasta la medianoche y luego nada de comer / beber despues de la medianoche.

Dia del examen: Nada de comer o beber. Medicamentos para el corazón y la presión arterial **se debe continuar y se debe tomar la mañana del examen.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____