

DIVISIÓN DE CIRUGÍA COLORRECTAL

Larissa Temple, MD
Fergal J. Fleming, MD
Zhaomin Xu, MD

Jenny R. Speranza, MD
Gabriela Poles, MD
Rabih Salloum, MD

Christina Cellini, MD
Lisa Cannon, MD

Oficina: 585-273-2727
FAX: 585-276-2203

Nombre: _____ Fecha y hora: _____ Médico: _____

IMPORTANTE: Lea estas instrucciones al menos 2 semanas antes de su colonoscopia. El no cumplir con estas instrucciones puede dar como resultado la cancelación del procedimiento. Si tiene alguna pregunta, llame al: 585-273-2727 (de lunes a viernes de 8:30 a. m. - 4:00 p. m.).

Si tiene un _____, o si recibe tratamientos de _____, debe llamar al consultorio al número 585-273-2727 para obtener instrucciones adicionales.

Debe seguir las instrucciones de preparación _____. Esto le permitirá al doctor realizarle la colonoscopia de la manera correcta.

Debe estar acompañado de un adulto que le lleve a casa después de la colonoscopia. Si tiene previsto tomar el autobús o un taxi, deberá ir acompañado de un adulto. No puede conducir ni trabajar por lo menos hasta el día si03.54 _____ 0092 0 612 79 reW2o di tsinl.i reW264 12día si03.54 _____

