



LUIS A. ESCOBAR, M.D.

BISCAYNE PLAZA SURGERY CENTER

3475 Sheridan Street Suite 104
Hollywood, Florida 33021
Tel: (754) 888-5867
Fax: (754) 210-3153

Instrucciones Pre- Operatorio

- **NO ASPIRINA O PLAVIX** por 7 dias (o ningun medicamento que contenga **ASPIRINA**)
- **NO** suplementos de **VITAMINA E o LOVAZA** por 7 dias. rocedure Instructions
- Si necesita, **TYLENOL** SI puede tomarlo
- **NO COUMADIN** o ningun anticoagulante por 5 (incluyendo multivitaminas & aceite de pescado)
- **NO ANTI-BIOTICOS** , en caso de infeccion, **COMUNICARSE CON NUESTRA OFFICINA DE INMEDIATO**
- **NO** deje de tomar sus medicamentos habituales sin indicacion de su Medico.
- **NO ANTI-INFLAMATORIOS** por 5 dias.
(Ibuprofen, Aleve, Naprosyn/Naproxen, Motrin, Advil, Meloxicam etc...)
- **NO VOLTAREN(diclofenac)** o **NABUMETONE (Relafen)**
- Si tiene un procedimiento (**dental, inyecciones, operaciones**), si se enferma , se lastima or o tiene algun tipo de dolor (**por favor comunicarse con nuestra oficina urgente**)
- **NADA DE COMER O TOMAR DESPUES DE LA MEDIANOCHE LA NOCHE ANTERIOR AL PROCEDIMIENTO !!!**
- Si necesita tomar medicamentos de la presion arterial, diabetes o para el Corazon, puede hacerlo con un **SORBO DE AGUA**. Si no esta seguro de poder tomar un medicamento, comunicarse con la oficina Y pida para hablar con la enfermera o traiga el medicamento a la cita.
 - **NO USAR LOCIONES O CREMAS EN LA ZONA QUE SERA HECHO EL PROCEDIMIENTO.**
- **Utilizar ropa comoda y floja el dia del procedimiento Por favor avisar a la oficina en caso de enfermedad o de no poder cumplir con la cita.**
- **POR FAVOR LLEGAR UNA HORA ANTES DE LA HORA PROGRAMADA PARA EL PROCEDIMIENTO**
(tendra que completar formularios antes del procedimiento)
****NECESITARA TRANSPORTE LUEGO DEL PROCEDIMIENTO, SU CITA SERA CANCELADA SI NO TIENE QUIEN LO ACOMPANE .TODA CANCELACION DEBERA SER REALIZADA CON 24 HORAS DE ANTICIPACION EN TIENDO QUE SI NO ME PRESENTO A LA CITA ACORDADA, SERE RESPONSIBLE DE UNA MULTA DE CINCUENTA DOLARS (\$50.00)**

**The above instructions have been read to me, a copy given to me and I understand them
as explained**

APPOINTMENT DATE AND TIME _____ at _____ AM / PM

Patient Name Printed

Patient Signature

Today's Date