

Fecha del procedimiento: \_\_\_\_\_

#### **Día antes del procedimiento:**

Le hablamos después de las 2 p.m.  
con estas horas:

1. Hora para llegar: \_\_\_\_\_

2. No coma o beba después de: \_\_\_\_\_

#### **Importante:**

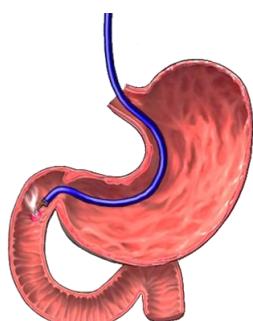
Si no ha oído de nosotros para las 4:00 p.m.,  
por favor hable a la clínica al:

682-885-1990 o \_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_.

#### **¿Qué es un EGD?**

Un EGD es un procedimiento especial usando un tubo pequeño llamado endoscopio. El endoscopio tiene una luz y cámara en la punta. Su doctor guía cuidadosamente el endoscopio hacia abajo en su estómago.

1. La cámara deja que su doctor vea la parte interna de su tubo alimenticio, estómago y la primera parte de su intestino delgado.
2. El EGD nos ayuda a encontrar ulceras, sangrado o infecciones en el tubo alimenticio, estómago, o en la primera parte de su intestino delgado.
3. Su doctor puede tomar muestras muy pequeñas de tejido llamadas biopsias.
4. Durante el EGD está dormido y no sentirá nada.



Medical Illustration(s) © 2019 Nucleus Medical Media, Inc.

## **EGD Antes de su procedimiento**

### Esofagogastroduodenoscopia

#### **Que debo saber antes del EGD**

##### **1. Lista de todos los medicamentos y las horas**

Necesitamos saber **todos** los medicamentos que su hijo toma: esto incluye medicamentos recetados y de venta libre, especialmente aspirina, ibuprofeno, anticoagulantes, etc.

**Nota:** puede ser que tenga que dar los medicamentos de rutina en horas diferentes.

##### **2. Alimentos y líquidos**

**Sumamente importante tener el estómago vacío.**

No coma ni beba nada después de:

**Mi tiempo:**

##### **3. Fiebre antes del procedimiento**

Por favor hable a la oficina inmediatamente por una fiebre de 101.5 grados o más alta.

##### **4. Haga planes para los demás niños**

**Haga planes para el cuidado de sus demás niños.**

Por favor **no** traiga a otros niños con usted. Ellos no pueden entrar al cuarto de preparación ni al área de recuperación.

#### **Día del procedimiento EGD**

**Importante:** si necesita cancelar o llegará tarde:

**Hable:** \_\_\_\_\_

Si necesita cancelar antes del día del procedimiento,  
hable a la Clínica de GI tan pronto como sea posible.

**682-885-1990**

## Registro del Paciente:

### 1. Cook Children's Medical Center:

Vaya directamente a la sala de espera de cirugía ubicada en el segundo piso. Preséntese en recepción y regístrese. Nosotros lo llevaremos al Área de Procedimientos Especiales.

### 2. Cook Children's Northeast Hospital:

- Regístrese en el Registro de Cirugía.
- Los llevaremos al cuarto de procedimiento.

## Consentimiento para el procedimiento

1. Contestaremos todas sus preguntas.
2. Le pediremos que lea y firme el consentimiento.

Antes de firmar este consentimiento debe saber:

- ¿Qué es un EGD?
- Por qué y cómo haremos el EGD.
- Posibles riesgos del procedimiento.

## Durante el EGD:

- **Un parente deberá permanecer en la sala de espera durante el procedimiento.**
- Un EGD se demora como de 30 a 45 minutos.

## Después del EGD Que debe saber

### 1. Ira al área de recuperación a despertar.

- Estará conectado a un monitor.
- Tendrá una línea intravenosa.

### 2. El doctor hablará con los padres.

- Repasa el procedimiento.
- Explica las imágenes del EGD.

### 3. Como se puede sentir

- Puede tener algo de incomodidad abdominal (estómago). Esto es del aire que usamos durante el procedimiento o por la anestesia.
- Esto se sentirá mejor al próximo día.
- Puede tener dolor de garganta.
- Su enfermera puede darle medicamento para ayudar con la incomodidad.

### 4. Irse a casa

- Su enfermera le dirá sobre el cuidado en casa.
- Le daremos una copia de sus instrucciones para ser dado de alta.

### 5. Resultados de la biopsia (si se tomaron durante el EGD)

- El doctor del laboratorio (llamado patólogo) observa el tejido de la biopsia.
- Los resultados son reportados a su doctor.
- Su enfermera de la clínica le hablará dentro de 7 a 10 días hábiles después de la biopsia con los resultados.

**Por favor hable a la Clínica de GI por cualquier pregunta o preocupación.**

## Gastroenterología

Doctor: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Estas instrucciones sólo son guías generales. Sus proveedores de atención médica pueden darle instrucciones especiales. Por favor hábleles a sus proveedores de atención médica si tiene cualquier pregunta o preocupación.

**Nombre del paciente**

**Paciente, Padre, Madre, o Representante Legalmente Autorizado**

Nombre en letra molde

Su parentesco al paciente

Fecha

Printed Name

Date

**Interpreter**

Printed Name

Interpreter Number

Date

**Un proveedor de atención médica me hablo sobre la información en este folleto.**

- Sé lo que necesito hacer.
- Sé por qué hacer esto es importante.
- Todas mis preguntas han sido respondidas.
- Tengo una copia de este folleto.

Firma

a.m. / p.m.

Hora

**For staff use only**

**Esophagogastroduodenoscopy-EGD-GI-Prep-Spanish**

**Healthcare Provider**

MRN (Medical Record Number)

Signed Name

a.m. / p.m.

Time

Signed Name

a.m. / p.m.

Time

Print or imprint Patient Information

MRN \_\_\_\_\_

CSN \_\_\_\_\_