

Departamento de Radiología

INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE DEBEN SOMETERSE A UNA SERIE GASTROINTESTINAL SUPERIOR (U.G.I.) (ESÓFAGO, ESTÓMAGO, DUODENO, INTESTINO DELGADO)

Fecha de la cita: _____

Hora de la cita: _____

SI NO PUEDE ASISTIR A LA CITA, FAVOR LLAMAR AL
_____ PARA INFORMAR AL DEPARTAMENTO
DE RADIOLOGÍA.

NO SE REQUIERE DE PREPARACIÓN, EXCEPTO:

- ❖ No comer o beber nada después de la medianoche
- ❖ No fumar en la mañana del examen

SI TIENE INQUIETUDES, LLAME AL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA
AL _____.
(No. de teléfono)

Department of Radiology

INFORMATION FOR PATIENTS SCHEDULED FOR UPPER GASTROINTESTINAL SERIES (U.G.I.) (ESOPHOGUS, STOMACH, DUODENUM, SMALL INTESTINE)

Appointment Date: _____

Appointment Time: _____

IF YOU ARE UNABLE TO KEEP YOUR APPOINTMENT, PLEASE
CALL _____ TO NOTIFY THE DEPARTMENT OF
RADIOLOGY.

NO PREPARATION, EXCEPT:

- ❖ Nothing to eat or drink after midnight
- ❖ No smoking the morning of the exam

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL THE DEPARTMENT
OF RADIOLOGY AT _____.
(Phone No.)