



UROLOGIC SOLUTIONS
AFTAB HUSAIN, M.D., P.A.
663 BRACE AVE
PERTH AMBOY, NJ 08861
PH (732)826-0059
FX (732)826-6576
UROLOGICSOLUTIONS@GMAIL.COM

PATIENT INITIALS _____

PROCEDIMIENTOS BAJO ANESTESIA

USTED TIENE UNA CITA PARA UN PROCEDIMIENTO BAJO ANESTESIA EN NUESTRA OFICINA EL

DIA _____ A LAS _____.

SI USTED ESTA TOMANDO ASPIRINA O ALGUNA CLASE DE ANTICOAGULANTE PARA LA SANGRE (ej: CUMADIN O PLAVIX) , ESTOS MEDICAMENTOS TIENEN QUE SER TOTALMENTE PARADO CINCO(5) DIAS ANTED DE EL PROCEDIMIENTO Y DOS(2) DIAS DESPUES DEL PROCEDIMIENTO. SI USTED ESTA TOMANDO ALGUNO DE ESTO MEDICAMENTO TIENE QUE COMUNICARLE A SU DOCTOR PRIMARIO QUE LO PARARA POR EL TOTAL DE SIETE(7) DIAS.

No puede tomar o comer nada Ocho (8) hora antes de este procedimiento. Este procedimiento requiere que usted este en ayuno.

Usted necesitara a alguien que lo acompañe, usted no puede conducir un vehiculo despues de este procedimiento. Le sugerimos que alguien se quede con usted el resto del dia.

Todos los referido de seguro son responsabilidad de el paciente. Si no esta seguro (a) cual referido le corresponde favor de contactar su Doctor Primario o a su Seguro de Medico.

EN CASO DE ALGUNA CANCELACION SE REQUIERE CANCELAR 5 DIAS CON ANTICIPACION PARA PREVENIR un cobro de \$50.00-

Si tiene alguna pregunta favor de contactar nuestra oficina.

Gracias