

## Referido para colonoscopia de detección

**Médicos:** Rellene este formulario para determinar si su paciente es un buen candidato para ser referido a una colonoscopia.

Para pacientes que **son buenos candidatos:**

1. Enviar este formulario por fax a un endoscopista participante (consultar el reverso para conocer los sitios aptos para derivación).
2. Proporcionar al paciente una copia de este formulario y la información de contacto del endoscopista.
3. Indicar al paciente que llame al sitio de referencia para programar su procedimiento y para recibir instrucciones de preparación intestinal.

Refiera a los pacientes que **no son buenos candidatos** a un especialista gastrointestinal para que les realice una evaluación previa a la colonoscopia.

Fecha de derivación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Motivo del procedimiento:

- Persona asintomática de 45 años en adelante
- Persona asintomática con prueba de detección positiva en heces
- Persona asintomática de alto riesgo
- Familiar de primer grado con cáncer de colon o pólipos adenomatosos
- Antecedentes personales de cáncer de colon o pólipos adenomatosos (Último examen: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**Historial médico:** Marque "sí" o "no" para cada elemento a continuación. Si selecciona "sí" para cualquiera de los puntos siguientes, es posible que el paciente no sea un buen candidato para una derivación directa. Consulte con un especialista gastrointestinal.

¿El paciente...	Sí	No	Notas:
tiene 75 años o más?			
está bajo tratamiento por insuficiencia cardíaca o problemas relacionados con las válvulas cardíacas?			
está en tratamiento por enfermedad avanzada de riñón, hígado o pulmón?			
toma medicamentos antiplaquetarios o anticoagulantes (incluidos medicamentos de venta libre como aspirina) y no puede suspenderlos de manera segura durante una semana?			
está bajo tratamiento activo para la diverticulitis aguda?			
está cursando un embarazo o posiblemente cursando un embarazo?			
¿El paciente tiene...	Sí	No	Notas:
hematoquecia o anemia ferropénica?			
un marcapasos o un cardioversor automático implantable o un desfibrilador?			
una enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn)?			
antecedentes de enfermedad cardíaca/pulmonar/renal/hepática grave que requiera terapia de suministro de oxígeno o que cause un alto riesgo de complicaciones con la sedación/anestesia?			
antecedentes de endocarditis, fiebre reumática o prótesis intravascular?			
antecedentes de colonoscopia con complicaciones, incompleta o mal preparada?			
antecedentes de complicaciones con la sedación/anestesia previa?			
antecedentes de apnea del sueño?			

¿El paciente está tomando medicamentos para la diabetes?  Sí  No

**Si responde que sí:** Solicite una cita por la mañana. Informe al paciente sobre cuánto y cuándo tomar sus medicamentos para la diabetes para evitar una hipoglucemia durante la dieta de líquidos claros para la preparación intestinal y durante el procedimiento.

¿El paciente es alérgico al LÁTEX?  Sí  No

¿El paciente es alérgico a algún MEDICAMENTO?  Sí  No

Enumerar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Enumere todos los medicamentos y suplementos de venta libre a continuación (adjunte hojas adicionales según sea necesario):

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

### Anote cualquier otro antecedente médico/quirúrgico relevante:

- Cirugía abdominal/pélvica
- Radiación abdominal/pélvica

Otros; enumere: \_\_\_\_\_

**Evaluación: Este paciente es un buen candidato para una derivación directa para colonoscopia.**  Sí  No

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Nombre del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_ Fax del consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

¿Método preferido para enviar los resultados?  TELÉFONO  FAX  CORREO

## **Para el paciente:**

Su proveedor de atención de salud lo ha referido para una colonoscopia. Su proveedor enviará este formulario al especialista que le realizará la colonoscopia (endoscopista) y le brindará su información de contacto. Llame al consultorio del endoscopista para programar la colonoscopia y recibir instrucciones sobre:

1. Cómo tomar los medicamentos para la preparación intestinal antes de la colonoscopia
2. Cómo modificar la dieta antes de la colonoscopia
3. Cómo modificar la ingesta de los medicamentos antes de la colonoscopia

## **Pago:**

La mayoría de los planes de seguro médico, incluidos Medicaid y Medicare, cubren las pruebas de detección del cáncer de colon. Sin embargo, la cobertura puede variar. Consulte a su proveedor de atención de salud y a la empresa aseguradora acerca de la cobertura antes de realizarse la prueba de detección.

## **Recursos para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente:**

Si no tiene seguro médico o si su seguro médico actual no cubre una colonoscopia de detección, llame al **311** y pregunte cómo puede conseguir una prueba de detección a bajo costo.

Si no tiene seguro médico, es posible que sea elegible para inscribirse en una cobertura de bajo costo o gratuita. Llame al **311** para recibir asistencia gratuita para inscribirse.