

POR SU SEGURIDAD:

Informe a tiempo sus antecedentes médicos y cumpla con lo siguiente:

DIAS ANTERIORES AL EXAMEN:

- Si usted toma alguno de los siguientes medicamentos ANTICOAGULANTES o ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS: A.S.A. (Aspirina®), Asawin®), HEPARINA, WARFARINA (Coumadin®), TICLOPIDINA, CLOPIDROGEL, RIVAROXABAN (Xarelto®), AINES (Ibuprofeno), VITAMINA E, deberá suspenderlos ocho (8) días antes del procedimiento previa autorización de su Médico Tratante.

DÍA DEL EXAMEN:

- Puede **desayunar normalmente**.
- **NO** aplicarse, talco, cremas, ni perfumes en el área de los senos.
- Venir **acompañado de un adulto**.
- Traer estudios anteriores (Ecografías y/o Mamografías anteriores).
- Traer **copia de la Orden Médica**.
- Traer Autorización (es) de Servicio **Original y Vigente**. Verificar si cancela **COPAGO o Cuota Moderadora**.
- Traer documento de identidad y carnet (si aplica).
- Traer **Orden del Patólogo**; y/o solicite en su Entidad de Salud la información del Laboratorio al cual deberá llevar sus muestras para el estudio de la Patología.

SU CITA ES EL DIA: _____ **A LAS:** _____

RECUERDE: USTED REQUIERE DISPONIBILIDAD DE TIEMPO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO.