CENTER FOR WELLNESS
ORTHOPEDIC, PAIN & SPINE
OF AMERICA

PROCEDURE SCHEDULING AND POST PROCEDURE / INJECTION INFORMATION

(Programación del Procedimiento e Información Posterior a la Inyección / Procedimiento)

You have been referred to our practice for treatment of your chronic or acute pain. Our providers feel it is medically necessary to treat your condition with an injection or procedure. We strive to schedule procedures as conveniently as possible while coordinating with the facility, your schedule, and the physicians. All procedures are self-pay. You may be responsible for professional, facility, and anesthesia fees. (Usted ha sido referido a nuestra clínica para el tratamiento de su dolor crónico o agudo. Nuestros proveedores consideran médicamente necesario tratar su condición con una inyección o procedimiento. Nos esforzamos por programar los procedimientos lo más convenientemente posible coordinando con el centro médico, su horario y los médicos. Todos los procedimientos son de pago directo. Usted puede ser responsable de los honorarios profesionales, del centro y de anestesia.)

Patient Name *(Nombre del Paciente)*: _____

Date Of Birth *(Fecha de Nacimiento)*: _____

Date *(Fecha Actual)*: _____

Diabetic *(¿Diabético?)*: YES *(Sí)* □ NO *(No)* □

SURGERY CENTER LOCATIONS *(Ubicaciones de los Centros Quirúrgicos)*

☐	Marietta In-House Surgery Center	780 Canton Rd, STE 330, Marietta, GA 30060 Tel: 404-400-6817
☐	Lawrenceville In-House Surgery Suite	1960 Riverside Pkwy, STE 107, Lawrenceville, GA 30043 Tel: 404-400-6817

PROCEDURE TYPE *(Tipo de Procedimiento)*

Simple Injection *(Inyección Simple)* ☐Other (Otro): _____

☐ ESI *(Inyección Epidural de Esteroides)*	☐ MBB *(Bloqueo de Rama Medial)*	☐ Caudal *(Inyección Caudal)*	☐ Nerve Block *(Bloqueo Nervioso)*	☐ RFA *(Ablación por Radiofrecuencia)*

Complex *(Procedimiento Complejo)* ☐Other (Otro): _____

☐ SCS Trial *(Prueba de Estimulador de Médula Espinal)*	☐ SCS Implant (Spinal Cord Stimulator Implant) / Implante de Estimulador de Médula Espinal (SCS)	☐ Kyphoplasty / Cifoplastia	☐ Cervical Epidural Steroid Injection (Transforaminal / Interlaminar) / Inyección Epidural Cervical de Esteroides (Transforaminal / Interlaminar)	☐ Stellate Ganglion Block / Bloqueo del Ganglio Estrellado

SCHEDULING INFORMATION *(Información de Programación)*

Your procedure will be scheduled by our office. Once scheduled, we will contact you to confirm your procedure and follow-up appointment. Procedures are typically scheduled on Mondays, Wednesdays, or Fridays depending on the facility. If you need to cancel or reschedule, please notify our office at least 24 hours in advance. Appointments cancelled with less than 24 hours notice or missed appointments will be subject to a $350 cancellation/no-show fee. (Su procedimiento será programado por nuestra oficina. Una vez programado, nos comunicaremos con usted para confirmar su procedimiento y su cita de seguimiento. Los procedimientos generalmente se programan los lunes, miércoles o viernes dependiendo del centro. Si necesita cancelar o reprogramar, por favor notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación. Las citas canceladas con menos de 24 horas de aviso o las citas perdidas estarán sujetas a una tarifa de cancelación o inasistencia de $350.)

You must schedule a follow-up appointment with your provider after your procedure. *(Debe programar una cita de seguimiento con su proveedor después de su procedimiento.)*

IF YOU ELECT IV SEDATION (CONSCIOUS SEDATION) *(Si elige sedación intravenosa / sedación consciente)*

Patients should hold their GLP-1 medications (Wegovy, Semaglutide, Ozempic) for 7 days prior to their procedure if they intend to receive IV sedation. *(Los pacientes deben suspender sus medicamentos GLP-1 (Wegovy, Semaglutida, Ozempic) durante 7 días antes de su procedimiento si planean recibir sedación intravenosa.)*

Please arrange for a driver to take you home after your procedure. If you receive IV sedation, your procedure will be canceled if you do not have transportation home. Do not eat any solid food for 8 hours prior to your check-in time. You may drink clear liquids up to 3 hours prior to your procedure if receiving IV sedation. *(Por favor, haga los arreglos necesarios para que alguien lo lleve a casa después de su procedimiento. Si recibe sedación intravenosa (IV), su procedimiento será cancelado si no cuenta con transporte a casa. No coma alimentos sólidos durante 8 horas antes de su hora de registro. Puede beber líquidos claros hasta 3 horas antes de su procedimiento si recibe sedación IV.)*

Clear liquids include *(Los líquidos claros incluyen)*:

- Water *(Agua)*
- Black coffee *(Café negro)*
- Tea *(Té)*
- Gatorade *(Gatorade)*
- Apple juice *(Jugo de manzana)*

Do not drive or sign legal documents for **24 hours after sedation**.
*(No conduzca ni firme documentos legales durante **24 horas después de la sedación**.)*

BLOOD THINNERS *(Anticoagulantes)*

Are you currently taking a blood thinner? *(¿Está tomando actualmente un anticoagulante?)*

YES *(Sí)* □ NO *(No)* □

Medication Name *(Nombre del Medicamento)*:

_____

Prescribing Physician *(Médico que lo prescribe)*:

_____

Clearance Sent By *(Autorización enviada por)*: _____

If you are taking blood thinners (anticoagulants), you must obtain approval from your prescribing physician before stopping any medication. *(Si está tomando anticoagulantes, debe obtener la aprobación de su médico antes de suspender cualquier medicamento.)*

BLOOD THINNER HOLD TIMES (Tiempo para suspender anticoagulantes)

Medication	ASRA Discontinuation Guide	Medication	ASRA Discontinuation Guide
Lovenox	1 Day/dia	Brillinta	5 Days/dias
Xarelto	3 Days/dias	Aspirin	6 Days/dias
Eliquis	3 Days/dias	**Coumadin***	5-7 Days/dias
Pradaxa	5 Days/dias	Effient	7 days/dias
Plavix	7 days/dias		

***If patient is bridged with Lovenox, discontinue 24 hours prior to procedure. Patients on Coumadin must have INR ≤ 1.2 before procedure. (Si el paciente recibe terapia puente con Lovenox, suspender 24 horas antes del procedimiento. Pacientes con Coumadin deben tener INR ≤ 1.2 antes del procedimiento)**

Blood thinners are typically required to be held for most procedures. However, they are *generally not required* to be held for certain lower-risk procedures, including: (*Generalmente es necesario suspender los anticoagulantes para la mayoría de los procedimientos. Sin embargo, por lo general no es necesario suspenderlos para ciertos procedimientos de menor riesgo, incluyendo:)*

- Peripheral joint injections (*Inyecciones articulares periféricas)*
- *Lumbar* medial branch blocks (MBB) (*Bloqueos de rama medial lumbar (MBB))*
- *Lumbar* Radiofrequency ablation (RFA) (*Ablación por radiofrecuencia lumbar (RFA))*

Please follow the specific instructions provided by your provider. (Por favor, siga las instrucciones específicas proporcionadas por su proveedor.)

NSAID / ANTI-INFLAMMATORY MEDICATION INSTRUCTIONS *(Instrucciones para medicamentos antiinflamatorios)*

If you are receiving a cervical transforaminal/interlaminar epidural steroid injection or stellate ganglion block, or are scheduled for a complex procedure, including but not limited to spinal cord stimulator (SCS) trial, SCS implant, kyphoplasty, or other advanced spine procedures, you may be required to hold NSAIDs (anti-inflammatory medications) as instructed below. *(Si va a recibir una inyección epidural cervical transforaminal o interlaminar, o un bloqueo del ganglio estrellado, o si está programado para un procedimiento complejo, incluyendo, entre otros, prueba o implante de estimulador de médula espinal (SCS), cifoplastia u otros procedimientos avanzados de la columna, es posible que deba suspender los AINEs (medicamentos antiinflamatorios) según las instrucciones a continuación.)*

Ibuprofen *(Ibuprofeno)* Hold 1 day *(Suspender 1 día)*	Meloxicam *(Meloxicam)* Hold 4 days *(Suspender 4 días)*	Naproxen *(Naproxeno)* Hold 4 days *(Suspender 4 días)*	Diclofenac *(Diclofenaco)* Hold 1 day *(Suspender 1 día)*	Ketorolac *(Ketorolaco)* Hold 1 day *(Suspender 1 día)*

INSTRUCTIONS BEFORE PROCEDURE *(Instrucciones antes del procedimiento)*

Please avoid eating food, gum, candy, or dairy products for **8 hours prior to your procedure**. **You may drink clear liquids up to 3 hours before your procedure if receiving IV sedation.** You may take thyroid, heart, blood pressure, and diabetic medications with a small sip of water.
*(Evite comer alimentos, chicle, dulces o productos lácteos durante **8 horas antes del procedimiento**. **Puede beber líquidos claros hasta 3 horas antes de su procedimiento si recibe sedación IV.** Puede tomar medicamentos para la tiroides, corazón, presión arterial y diabetes con un pequeño sorbo de agua.)*

Patient must be free of any active infection that has required antibiotic treatment prior to receiving any injection or procedure. A minimum of ten (10) days must have passed since the last dose of antibiotics before the procedure can be performed. *(Descargo de responsabilidad: El paciente debe estar libre de cualquier infección activa que haya requerido tratamiento con antibióticos antes de recibir cualquier inyección o procedimiento. Se requiere un mínimo de diez (10) días desde la última dosis de antibióticos antes de poder realizar el procedimiento.)*

POST PROCEDURE CARE *(Cuidados después del procedimiento)*

You may experience temporary soreness or spasms at the injection site. *(Puede experimentar dolor o espasmos temporales en el sitio de la inyección.)*

Use ice or heat if needed. *(Use hielo o calor si es necesario.)*

Ice *(Hielo)* — Apply 20 minutes *(Aplicar 20 minutos)*

Heat *(Calor)* — Apply 20 minutes *(Aplicar 20 minutos)*

Pain may temporarily increase before improvement occurs. *(El dolor puede aumentar temporalmente antes de mejorar.)*

FOLLOW-UP APPOINTMENT *(Cita de seguimiento)*

You must schedule a follow-up appointment with your provider after your procedure. *(Debe programar una cita de seguimiento con su proveedor después del procedimiento.)*

Bring your **Pain Log** to your appointment. *(Traiga su **registro de dolor** a su cita.)*

EMERGENCY SYMPTOMS *(Síntomas de emergencia)*

Seek immediate medical attention if you experience: *(Busque atención médica inmediata si experimenta:)*

Sudden leg weakness *(Debilidad repentina en las piernas)*

Loss of bladder or bowel control *(Pérdida de control de vejiga o intestinos)*

Sudden severe back pain *(Dolor de espalda severo repentino)*

Patient Signature *(Firma del Paciente)*: _____

Date *(Fecha)*: _____