



0400002

PLACE LABEL HERE.
IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

ORIGINAL – MEDICAL RECORDS COPY –PATIENT

INSTRUCCIONES DEL ALTA POSTSEDACIÓN / POST PROCEDIMIENTO
POST SEDATION / POST PROCEDURE DISCHARGE INSTRUCTIONS

Procedimiento (Procedure): _____

Dieta (Diet):

- Líquidos claros por el resto del día
Clear liquids the rest of the day
- Líquidos claros, seguidos de una dieta blanda y luego progresando a una dieta regular
Clear liquids, then bland soft foods, then progress to regular diet
- Reanudar dieta normal
Resume normal diet
- No beber alcohol por el resto del día
Drink no alcohol for the rest of the day

Actividades: por el resto del día

Activity: for the rest of the day

- Descanso y actividades tranquilas en casa; se puede usted sentir inusualmente cansado el día de hoy.
Rest and quiet activity at home; you may be unusually tired today
- No conducir ningún vehículo u operar cualquier maquinaria pesada
Do not drive any vehicle or operate any heavy machinery
- Retrase el hacer decisiones críticas personales o de negocios.
Delay making critical personal or business decisions
- Reanudar su actividad normal, incluyendo el trabajo / escuela
Resume your normal activity, including work/school
- Puede volver al trabajo / escuela mañana
May return to work/school tomorrow
- Para niños sedados: supervisar el resto del día y vigilar de cerca por desbalance o caídas
For sedated children: supervise for the rest of the day and watch closely for staggering or falls

Medicamentos:

Medications

No tome medicamentos en para la gripe o medicamentos para dormir el día de hoy.

Do not take cold medicines or sleeping medicines today.

- Reanude todos los medicamentos regulares
Resume all regular medications

Otros: _____
Other

<input type="checkbox"/> Nueva receta: Medicina _____	Dosis _____	Horario _____
New prescription: Medication _____	Dose _____	Schedule _____
<input type="checkbox"/> Nueva receta: Medicina _____	Dosis _____	Horario _____
New prescription: Medication _____	Dose _____	Schedule _____

Instrucciones:

Instructions

Los efectos secundarios que usted /su hijo(a) puede experimentar:

Side effects you /your child may experience:

náuseas, vómitos, somnolencia, visión borrosa, inestabilidad
nausea, vomiting, sleepiness, blurred vision, unsteadiness

Llame a su médico o uno de los números abajo si cualquiera de esto ocurre:

Call your doctor or one of the numbers below if any of these occur:

dificultad para respirar; erupción; picor e hinchazón de las manos, la cara o los ojos;
difficulty breathing; rash; itching and swelling of hands, face or eyes;

somnolencia excepcional, mareos, vomito continuo / el no poder mantener los líquidos en el estomago
exceptional drowsiness, dizziness, continue vomiting/ can't keep fluids down

- El sitio de la intravenosa podrá está adolorido por un día o dos. Las compresas calientes le pueden ayudar, si la zona se torna roja, hinchada, caliente o dolorosa, llame a uno de los números que esta a continuación.
The IV site may be sore for a day or two. Warm compresses may help, if the area becomes red, swollen, hot or painful, call one of the numbers below.

Seguimiento:

Follow up:

La persona que hizo hoy su procedimiento es la siguiente: _____

The person that did your procedure today was:

Si tiene preguntas llame al: _____
If you have questions call:

Después de horas de oficina llame al (434) 924-0000 y pregunte por el médico de guardia
After hours call (434)924-0000 and ask for the physician on call

Después de horas de oficina llame al Departamento de Emergencia al (434) 924-2231
After hours call the Emergency Department at (434)924-2231

Paciente acompañado por _____ que acepta la responsabilidad por el paciente.

Patient escorted by _____ who accepts responsibility for the patient.

Paciente dado de alta a través de sillas de ruedas ambulatorio Otro _____
Patient discharged via wheelchair ambulatory other

_____ con todas sus pertenencias.
with all belongings.

Entiendo la información anterior: _____ Fecha: _____
I understand the above information: (Paciente / Miembro de la familia responsable) Date:

Firma del Médico / Enfermera _____

Physician/Nurse Signature

Título: _____ Pic #: _____ Fecha: _____
Title: Pic #: Date

Firma del Intérprete _____

Interpreter's Signature

Título: _____ Pic #: _____ Fecha: _____
Title: Pic #: Date

I understand the above information: _____ Date: _____
(Patient's/Responsible Family Member's Signature)

Physician/Nurse Signature _____ Title: _____ Pic #: _____ Date: _____

Interpreter's Signature _____ Title: _____ Pic #: _____ Date: _____