



0400002

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

**INSTRUCCIONES PARA DAR DE ALTA POSOPERATIVAS / POSPROCEDIMIENTOS**  
**POSTOPERATIVE / POST PROCEDURE DISCHARGE INSTRUCTIONS**

- No conduzca ni opere maquinaria pesada durante las primeras 24 horas o durante que esté tomando narcóticos medicinas para el dolor.  
Do not drive a car or operate machinery for 24 hours or while taking narcotic pain medicines.
- No consuma bebidas alcohólicas o tome decisiones personales o de negocios durante las primeras 24 horas o durante que esté tomando narcóticos medicinas para el dolor.  
Do not drink alcoholic beverages or make any personal or business decisions for 24 hours or while taking narcotic pain medicines
- Podrá sentir mareo o ligereza de cabeza durante 24 horas. Limite sus actividades según sea necesario.  
You may feel dizzy or lightheaded for 24 hours. Restrict your activity as necessary.
- Usted recibió la siguiente anestesia durante su cirugía:  
You received the following anesthesia during your surgery:  

_____	General	_____	Epidural/Espina	_____	Local	_____	Sedado(a) bajo Observación
_____	General	_____	Spinal/Epidural	_____	Local/Regional	_____	Monitored Sedation/ (Nerve Block)
- Después de que se le administro anestesia general no se extrañe si tiene náusea, dolor de garganta, sed, sueño y lapsos de memoria. Los niños pequeños pueden experimentar pesadillas o regresar a un comportamiento que era normal cuando eran más chicos como chuparse el dedo, olvidar su entrenamiento para ir al baño y en general actuar más “mimados”  
After a general anesthetic it is not unusual to experience nausea, sore throat, thirst, sleepiness and memory lapses. Small children may have bad dreams or return to behaviors that were normal at an earlier age, e.g. thumb sucking, forgetting toilet training, and generally acting more “needy”.
- Después de que se le administro anestesia local las extremidades afectadas podrían estar todavía un poco entumidas y débiles. Cerciórese de que estén protegidas porque se puede lastimar a si mismo(a) sin darse cuenta. Tenga cuidado cuando esté cerca de estufas calientes, cigarros, etc. Un cabestrillo para su brazo puede ser de mucha ayuda.  
NO CONDUZCA mientras que sienta que sus extremidades estén todavía entumidas o débiles.  
After a regional anesthetic the affected arm(s) or leg(s) may still be slightly numb and weak. Be sure to protect it because you could injure yourself without realizing it. Be careful around hot stoves, cigarettes, etc. A sling for your arm may be helpful. DO NOT DRIVE while your arm or leg is still numb or weak.
- Después de que se le administro anestesia epidural en la espina, sus piernas podrán seguir un poco entumidas y débiles. Limite sus actividades según sea necesario. NO CONDUZCA mientras que sienta que sus extremidades estén todavía entumidas o débiles. Notifique a su médico si no ha podido orinar dentro de las primeras 8 horas después de su anestesia. Adicionalmente no es raro experimentar incontinencia urinaria temporal, la cuál deberá resolverse sola en el transcurso de 8 horas.  
After a spinal/epidural anesthetic, your legs may still be slightly numb and weak. Restrict your activity as necessary. DO NOT DRIVE while your legs are still numb or weak. Notify your physician if you have not been able to urinate within 8 hours of your anesthetic. It is also not uncommon to experience temporary urinary incontinence. It should resolve on its own within 8 hours.
- Por favor lea las hojas de instrucciones posoperativas / posprocedimientos:  
Please read postoperative/post procedure instruction sheet(s):

Instrucciones adicionales al ser dado de alta \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Additional discharge instructions Yes No

Lista:

If yes, list:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recetas que llevará a casa: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Take home prescriptions: Yes No

Lista:

If yes, list:

\_\_\_\_\_

Su siguiente cita será:

Return appointment:

Favor de llamar: \_\_\_\_\_ para hacer su cita de seguimiento

Please call \_\_\_\_\_ to make your follow up appointment

con el Dr. \_\_\_\_\_ lo verán en: \_\_\_\_\_

With Dr. \_\_\_\_\_ to be seen on (date)

En (dirección) \_\_\_\_\_

at (location)

Para las citas que ya están programadas: Fecha \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

For appointments already scheduled: Date: \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Location

Centro de Cirugía Ambulatoria de UVA: 1-800-882-4635 o 434-982-3107

UVA Outpatient Surgery Center

Número de Teléfono Gratuito: 1-800-251-3627

UVA Toll Free Number:

Sala de Admisiones para Cirugía del Hospital 434-924-5455

In-Hospital Surgical Admissions Suite

Recibí y entendí la información anterior y mis pertenencias personales me han sido devueltas:

I have received and understand the above information and my personal belongings have been returned:

Firma de la persona responsable por el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Patient's/Responsible Party Signature Date

Firma de la Enfermera: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Nurse signature Title

Fecha: \_\_\_\_\_

Date

Si usted experimenta problemas post-operatorios después de que haya sido dado de alta del centro de cirugía o el hospital, tales como sangrado excesivo, por favor póngase en contacto con su cirujano. En caso de emergencia por favor diríjase al centro de emergencias mas cercano.

If you experience post-operative surgery problems after discharge from the surgery center or the hospital, such as excessive bleeding, please contact your surgeon. In the case of an emergency, please go to the nearest emergency room.

Comprendo la información anterior, acepto la responsabilidad y puedo garantizar su seguridad para que sea dado de alta:

I understand the above information and accept responsibility for a safe discharge:

Responsible adult signature/relationship \_\_\_\_\_

reviewed by \_\_\_\_\_

Nurse's signature \_\_\_\_\_

If Translated: INTERPRETER ATTESTATION (when applicable)

Translation has been provided by: \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF INTERPRETER/CYRACOM id#

Recibi una copie traducida de este documento. Patient Initials \_\_\_\_\_

(I received a translated copy of this document) Form # \_\_\_\_\_