

**INSTRUCCIONES PARA DAR DE ALTA A PACIENTES
DE NEURORADIOLOGIA / ANGIOGRAMA****NEURORADIOLOGY ANGIOGRAM DISCHARGE INSTRUCTIONS**

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

FOR PATIENT EDUCATION ONLY – NOT FOR INCLUSION IN THE MEDICAL RECORD**SOLAMENTE ESTÁN MARCADOS AQUÉLLOS PUNTOS QUE LE CONCIERNEN
ONLY THOSE ITEMS CHECKED ARE YOUR PERSONAL INSTRUCTIONS.****1. DIETA:****DIET:**

- Regrese a su dieta de siempre como la vaya tolerando.
Resume your regular diet as tolerated.
- Beba cuando menos seis (6) vasos de líquidos cada veinticuatro (24) horas para dos (2) días.
Drink six (6) to eight (8) glasses of fluids every 24 hours for two (2) days.
- No tome bebidas alcohólicas durante las primeras 24 horas después de que se llevó a cabo el procedimiento.
Do not drink alcohol for 24 hours following the procedure.

2. ACTIVIDADES:**ACTIVITY:**

- Evite actividades agotadoras durante 24 horas.
Avoid strenuous activity for 24 hours.
- No conduzca ni opere maquinaria pesada durante cuando menos para dos (2) días.
Do not drive or operate heavy machinery for two (2) days.
- No levante objetos que pesen más de 5 libras durante las proximas tres (3) días.
Do not lift more than five (5) pounds for the next three (3) days.
- Puede ducharse 24 horas después de su procedimiento.
You may shower 24 hours following the procedure.
- No se bañe en tina caliente, bañera o piscina por una (1) semana.
Do not use hot tub, bath tub or swimming pool for one (1) week.

3. MEDICINA:**MEDICATION:**

- Regrese hoy a tomar sus medicamentos acostumbrados.
Resume your regular medications today.
- Si le corresponde siga el protocolo de Glucophage (metformin) (VER HOJA ADICIONAL)
Follow Glucophage (metformin) protocol if applicable. (SEE ADDITIONAL SHEET.)

4. DOLOR:**PAIN:**

- No es poco común que sienta un ligero dolor o incomodidad en el sitio del procedimiento también puede aparecer un moretón donde se inserto el catéter. **Debe de llamar a su doctor si usted siente un dolor agudo o si se inflama el area en donde tuvo lugar el procedimiento.**
It is not unusual to expect some mild pain and discomfort at the procedure site. There may be slight bruising around the catheter insertion site. **If you experience extreme pain or swelling in the procedure area you should call your physician.**

5. VENDAJE:**DRESSING:**

- Mantenga el sitio de inserción del catéter cubierto con un “curita” (band-aid) durante cinco (5) días.
Cambie el curita todos los días.
Keep catheter insertion site covered with a band-aid. Change each day for a period of five (5) days.

6. CATETER FOLEY:**FOLEY CATHETER:**

- Puede sentir un ligero ardor al orinar después de que le remuevan el catéter urinario. **Si le sube la temperatura, siente urgencia o dolor al orinar debe de notificárselo a su doctor.**
You may experience mild burning upon urination following the removal of a urinary catheter. **If you experience an elevation in temperature, frequency, urgency or pain when urinating you should notify your doctor.**

ALERTA: LLAME AL 911 O VAYA A LA SALA DE EMERGENCIA MAS CERCANA EN CASO DE QUE:

ALERT: CALL 911 AND GO TO THE NEAREST EMERGENCY ROOM FOR:

- **EL SITIO DE LA PUNCION ESTE SANGRANDO CON ABUNDANCIA PRESIONE CON FUERZA HASTA QUE PUEDA RECIBIR AYUDA.**
- SEVERE BLEEDING AT THE SITE OF PUNCTURE. APPLY FIRM PRESSURE OVER THE SITE UNTIL HELP ARRIVES.
- **SI SE LE ENTUME, PONE FRIA O CAMBIA DE COLOR LA PIERNA O PIE (EXTREMIDAD) EN EL AREA AFECTADA.**
- NUMBNESS, COOLNESS OR CHANGE IN COLOR OF THE LEG / FOOT (EXTREMITY) ON THE AFFECTED SIDE.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O PROBLEMA POR FAVOR LLAME A:

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR PROBLEMS PLEASE CALL:

NEURORADIOLOGIA: LUNES – VIERNES (8:00 AM – 5:00 PM) TELEFONO 434-924-5213

NEURORADIOLOGY: MONDAY - FRIDAY (8:00 AM - 5:00 PM) PHONE 434-924-5213.

A CUALQUIER OTRA HORA: 1-434-924-9400 O 1-800-972-9882. PIDA LO COMUNIQUEN CON EL EURORADIOLOGO DE TURNO.

ALL OTHER TIMES: 1-434-924-9400 OR 1-800-972-9882. ASK FOR THE NEURORADIOLOGIST ON CALL.

**DO NOT SIGN; SIGN ENGLISH VERSION ONLY
NO FIRMAR, FIRME SOLO LA VERSION EN INGLES**

PROCEDIMIENTO EJECUTADO / PROCEDURE PERFORMED: _____
POR EL DOCTOR / BY DR. _____

MEDICACION DADA:/MEDICATION GIVEN:

MEDICAMENTOS/DRUG _____	DOSIS/DOSAGE _____	ÚLTIMA DOSIS/LAST DOSE _____
MEDICAMENTOS/DRUG _____	DOSIS/DOSAGE _____	ÚLTIMA DOSIS/LAST DOSE _____
MEDICAMENTOS/DRUG _____	DOSIS/DOSAGE _____	ÚLTIMA DOSIS/LAST DOSE _____
MEDICAMENTOS/DRUG _____	DOSIS/DOSAGE _____	ÚLTIMA DOSIS/LAST DOSE _____
MEDICAMENTOS/DRUG _____	DOSIS/DOSAGE _____	ÚLTIMA DOSIS/LAST DOSE _____

Se me ha dado y entiendo la información anterior: / I have been given and understand the above information:

(PACIENTE/FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE) / (PATIENT/RESPONSIBLE FAMILY SIGNATURE)

Revisado por: / Reviewed by: _____ Titulo/PIC: / Title/PIC: _____ Fecha/Hora: Date/Time: _____

TESTIMONIO EL INTERPRETE (Cuando es requiera) /INTERPRETER ATTESTATION (when applicable)

La traducción fue hecha por: / Translation has been provided by: _____

Fecha/Hora: / Date/Time: _____ FIRMA DEL INTERPRETE/ CYRACOM ID # / SIGNATURE OF INTERPRETER/CYRACOM ID#

Recibi una copia traducida de este documento. / I have received a translated copy of this document.

Iniciales del Paciente: / Patient's Initials: _____ Forma #: / Form #: _____