

FORMULARIO PARA DAR DE ALTA A PACIENTES DE NEURORADIOLOGIA/VERTEBROPLASTIA

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

NEURORADIOLOGY DIVISION - DISCHARGE INSTRUCTIONS VERTEBROPLASTY

FOR PATIENT EDUCATION ONLY – NOT FOR INCLUSION IN THE MEDICAL RECORD

SOLAMENTE ESTÁN MARCADOS AQUÉLLOS PUNTOS QUE LE CONCERNEN ONLY THOSE ITEMS CHECKED ARE YOUR PERSONAL INSTRUCTIONS.

1. DIETA:

DIET:

- Continúe con su dieta de siempre como la vaya tolerando.
Resume your regular diet as tolerated.
- No tome bebidas alcohólicas durante las primeras 24 horas después de que se llevó a cabo su procedimiento.
Do not drink alcohol for 24 hours following the procedure.

2. ACTIVIDADES:

ACTIVITY:

- Durante la primera semana no levante objetos pesados de más de cinco (5) libras.
Do not lift more than five (5) pounds for one (1) week.
- Durante las primeras veinticuatro horas, no conduzca ni opere maquinaria pesada.
Do not drive or operate heavy machinery for 24 hours.
- Durante las primeras veinticuatro horas, evite actividades agotadoras.
Avoid strenuous activity for 24 hours.
- 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 semana.
Do not use hot tub, bath tub or swimming pool for one week.

3. MEDICINA:

MEDICATION:

- Regrese hoy a tomar sus medicamentos acostumbrados.
Resume your regular medications today.
- En caso de que usted sienta un poco de dolor en el sitio en donde tuvo lugar el procedimiento puede tomar ibuprofen, aspirina o Tylenol.
You may take ibuprofen, aspirin or Tylenol if you experience mild discomfort at the procedure site.
- Puede empezar a tomar la medicina que le recetó el doctor para el dolor esa misma tarde.
If necessary, you may take physician prescribed pain medication later in the evening.

4. VENDAJE:

DRESSING:

- Puede remover el vendaje original después de veinticuatro horas. Mantenga el sitio en donde tuvo lugar la intervención cubierto con un “curita” (band-aid) durante cinco (5) días. Cambie el “curita” diariamente.
You may remove the original dressing after 24 hours. Keep procedure site covered with a band-aid for five (5) days. Change the band-aid daily.

5. SEGUIMIENTO:

FOLLOW UP INSTRUCTIONS:

- Necesitan tomarle unos RayosX de su columna dentro de seis meses. La solicitud para este exámen que se le ha entregado le proporciona toda La información que necesita. Puede elegir que se lo hagan dentro del área cercana a su hogar o si así lo prefiere, puede regresar al Departamento de Radiología aquí para hacérselo.
You will need to have an xray of your spine taken in six months. The radiology request that you have been given today provides the information needed to have the test. You may elect to have the xray completed in your hometown area or you may return to the radiology department here to have the follow up xray done.

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 DEPARTMENT IF YOU EXPERIENCE SHORTNESS OF BREATH OR CHEST PAIN.

CALL US IF YOU EXPERIENCE ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS:

- NEW PAIN OR INCREASE IN PAIN LEVEL
- FEVER OR CHILLS
- REDNESS, SEVERE PAIN OR SWELLING AT THE PUNCTURE SITE

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: _____ Título/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 #: _____