

**DIVISION DE NEURORADIOLOGIA–FORMULARIO PARA DAR DE ALTA CUIDADO DEL PACIENTE AMBULATORIO DESPUES DE UN MIELOGRAMA/PUNCION LUMBAR/CISTERNOGRAMA**

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

**NEURORADIOLOGY DIVISION - DISCHARGE INSTRUCTIONS CARE AFTER OUTPATIENT MYELOGRAM/LUMBAR PUNCTURE/CISTERNOGRAM**

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

FECHA _____	Procedimiento que tuvo lugar _____		
DATE _____	TIME _____	Procedure performed _____	
Hora en que se le dió de alta _____			
Discharge time _____			
Dado de alta a: <input type="checkbox"/> si mismo	<input type="checkbox"/> familia	<input type="checkbox"/> amistad	<input type="checkbox"/> Enfermera/o NOMBRE _____
Discharge to: Self	Family	Friend	Nurse/attendant
Medio de transportación: <input type="checkbox"/> ambulatorio	<input type="checkbox"/> silla de ruedas	<input type="checkbox"/> camilla	
Transportation: Ambulatory	Wheelchair	Stretcher	
Sus pertenencias se le regresaron a: <input type="checkbox"/> si mismo	<input type="checkbox"/> familiar	<input type="checkbox"/> Amistad NOMBRE _____	
Belongings returned to: Self	Family	Friend	

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

**1. INSTRUCCIONES PARA LA DIETA:**

**DIET INSTRUCTIONS:**

- Usted puede continuar con su dieta de siempre.  
You may resume your regular diet.
- Beba bastantes líquidos. Le sugerimos que por 24 horas, beba al menos un vaso de 8 onzas por cada hora que este despierto.  
Drink plenty of fluids. We suggest you drink at least one 8-ounce glass per waking hour for 24 hours.
- Evite el alcohol.  
Avoid alcohol for 24 hours.

**2. INSTRUCCIONES PARA SUS ACTIVIDADES:**

**ACTIVITY INSTRUCTIONS:**

- Relájese el resto del día. Siéntese en una posición cómoda. Si se acuesta, de menos use 2 almohadas debajo de su cabeza. Después de 24 horas puede acostarse horizontalmente.  
Relax the rest of the day. Sit comfortably. If you lie down, use at least two (2) pillows under your head. You may lie flat after 24 hours.
- Evite actividades agotadoras cuando menos hasta el día siguiente de su procedimiento.  
Avoid strenuous activities for at least one day after your procedure.
- Le hicieron una Punción Lumbar; puede acostarse después de su procedimiento.  
You had a Lumbar Puncture; you may lie flat after your procedure.
- Le sugerimos que no maneje el resto del día después del procedimiento.  
We suggest you do not drive for the rest of the day after the procedure.

**3. INSTRUCCIONES AL SER DADO DE ALTA:**

**DISCHARGE INSTRUCTIONS:**

- Puede presentarse dolor de cabeza y náusea pero por lo general es pasajero. Sin embargo, si se vuelven severos o aparecen otros síntomas, llame a los Números que aparecen abajo.  
Headache and nausea may develop but are usually mild and transient. However, if they become severe or other symptoms develop, call one of the numbers below.

- El sitio en donde le pusieron la inyección para llevar a cabo el procedimiento puede estar adolorido hasta el día siguiente. En caso de que el sitio Tenga secreciones, se vuelva rojo, caliente, inflamado, o doloroso, favor de llamar a los números de teléfono que aparecen abajo.  
Your procedure injection site may feel sore through tomorrow. If the site has any fluid leakage, becomes hot, red, swollen, or painful, please call the phone number below.
- Si se hizo necesario que le colocaran una aguja intravenosa, el sitio puede estar adolorido hasta el día siguiente. Colóquese compresas tibias para el Dolor para estar más cómodo. Si el sitio se uelve rojo, caliente, inflamado, o con dolor, favor de comunicarse a los números de teléfono que aparecen Abajo.  
If it was necessary for you to have an IV, the site may feel sore through tomorrow. Warm compresses may make it more comfortable. If the site becomes hot, red, swollen, or painful, please call the phone numbers below.
- Los resultados de su exámen se le enviarán al doctor que lo recomendó para sus exámenes y él se pondrá en contacto con usted para dárselos. Deje que Pase una semana después de que tuvo lugar su procedimiento y entonces llámele para saber sus resultados.  
The results of your test will be sent to the doctor who referred you for the test. Your doctor will contact you regarding the test results. Allow one week from the day of the procedure then call the referring physician's office for results.

**4. INSTRUCCIONES PARA SU MEDICACIÓN:**  
**MEDICATION INSTRUCTIONS**

- Si alguno de sus medicamentos fue descontinuado durante este procedimiento, puede reanudar tomándolos después de 24 horas de que se terminó el Procedimiento.  
If any of your medications were placed on hold for this procedure, you may resume those medications 24 hours after the procedure was completed. This would be on \_\_\_\_\_ (time) \_\_\_\_\_ (date).

**SITIENE ALGUNA PREGUNTA O PROBLEMA POR FAVOR LAME A:**  
IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR PROBLEMS PLEASE CALL:

**NEURORADIOLOGIA: LUNES – VIERNES (8:00 AM – 4:30 PM) TELEFONO 434-982-3746**  
NEURORADIOLOGY: MONDAY - FRIDAY (8:00 AM - 4:30 PM) PHONE 434-924-3746.

**A CUALQUIER OTRA HORA: 1-434-924-9400. PIDA LO COMUNIQUEN CON EL UROLOGO DE TURNO.**  
ALL OTHER TIMES: 1-434-924-9400. ASK FOR THE NEURORADIOLOGIST ON CALL.

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

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: _____
<b>TESTIMONIO EL INTERPRETE (Cuando es requiera) /INTERPRETER ATTESTATION (when applicable)</b>	
La traducción fue hecha por: / Translation has been provided by: _____	FIRMA DEL INTERPRETE/ CYRACOM ID # / SIGNATURE OF INTERPRETER/CYRACOM ID# _____
Fecha/Hora: / Date/Time: _____	
Recibi una copia traducida de este documento. / I have received a translated copy of this document.	
Iniciales del Paciente: / Patient's Initials: _____	Forma #: / Form #: _____