



## **LO QUE TIENE QUE SABER PARA CUIDARSE USTED MISMO EN SU HOGAR.**

*WHAT YOU NEED TO KNOW TO TAKE CARE OF YOURSELF AT HOME.*

### **ENTREGADO CON EL "REPORTE DEL ALTA" DEL HOSPITAL**

*GIVEN WITH HOSPITAL "DISCHARGE REPORT"*

### **FAVOR DE TRAER ESTA FORMA CUANDO REGRESE A SU CITA CON SU MÉDICO.**

*PLEASE BRING ALL HOSPITAL PAPERS WHEN YOU GO TO A DOCTOR'S APPOINTMENT.*

- En caso de una emergencia, el paciente debe de llamar al 911 o ir al departamento de urgencias más cercano.
  - *In case of emergency, patient should call 911 or go to the nearest Emergency Department.*
- Si necesita comunicarse con una línea de crisis, marque el 1-800-784-2433 o al 211 en el edo in Virginia.
  - *If you need a crisis hotline, call 1-800-784-2433 or 211 in Virginia.*
- El no fumar es muy importante para su salud y la de los demás. El fumar puede causar cáncer y empeorar las enfermedades pulmonares y del corazón. Si fuma, es vitalmente importante que deje de hacerlo. Por favor hable con su médico acerca de recibir ayuda para dejar de fumar. Ahora hay muchos recursos para ayudarle.
  - *It is critically important to your health, and to the health of others not to smoke. Smoking can cause cancer and worsen heart and lung diseases. If you smoke, it is vitally important to stop smoking. Children and adults should avoid second hand smoke. Please talk with your doctor about getting help with quitting. Many resources exist to help you.*

Comuníquese al 911 o vaya al departamento de urgencias más cercano si tiene dolor o presión en el pecho o en caso de necesitar atención de emergencia.

*Call 911 or go to your nearest Emergency Department if you have chest pain or pressure or other emergency care needs.*

Llame al 1-800-784-2433 o al 211 en Virginia si necesita comunicarse con una línea directa de crisis.

*Call 1-800-784-2433 or 211 in Virginia if you need a crisis hotline.*

Si tiene preguntas o preocupaciones después de salir del hospital -

*If you have questions or concerns after you leave the hospital -*

1. Para ponerse en contacto con el Hospital de la Universidad de Virginia marque 1-877-297-2366      *To contact the University of Virginia Hospital, dial 1-877-297-2366*
2. Cuando se le pida marque el código de acceso 4044 1905 7434  
*When prompted, enter the access code 4044 1905 7434*
3. SIGA LAS INSTRUCCIONES      *Follow the instructions*

Le comunicaremos con un especialista de recursos y con un intérprete de inglés quienes lo atenderán.

You will be connected with interpreter and someone who will help you with your needs.

Si la sabe, favor de tener la siguiente información lista cuando llame.

If known, please have all the following information ready when you call.

1. Su nombre y apellido: \_\_\_\_\_  
*Your first and last name*
2. Su fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Your date of birth*
3. El número de su expediente médico: \_\_\_\_\_  
*Your medical record number*
4. Llame para una cita de seguimiento con: \_\_\_\_\_  
*Call for a follow up appointment with:*

Después de que la enfermera revise su información específica del alta se le pedirá que firme una forma. A continuación esta la traducción. Por favor firme la versión en inglés. Se le dará una copia. Si usted tiene preguntas específicas o la necesidad disponer de la información en español por favor pida un intérprete para que le escriba las instrucciones traducidas. Por favor, díganos si usted tiene cualquier pregunta o preocupación.

*After the nurse reviews your specific discharge information you will be asked to sign a form. Below is a translation. Please sign the English version. You will be given a copy. If you have specific questions or need to have the information in Spanish please ask an Interpreter to write down the translated instructions. Please ask if you have any questions or concerns.*

La firma del (la) paciente a continuación indica que ha recibido una explicación de la información que contiene este formulario y que la comprende.

*The patient's signature below indicates that he/she has received an explanation of and understands the information of this form.*

Firma del (la) paciente o de la persona responsable \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Signature of patient or responsible person Date*

Firma de la Enfermera Registrada \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_  
*RN Signature/Date/Time*

Nombre y firma del interprete \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_  
*Interpreter Name/Signature Date/Time*

Instrucciones específico  
*Specific Instructions:*

Written by: \_\_\_\_\_  
*Name*