



**LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES SON PARA TODOS/AS  
LOS/LAS PACIENTES DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYORES:  
GENERAL INSTRUCTIONS ARE FOR ALL PATIENTS 18 YEARS OR OLDER:**

**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.*

Al salir del hospital le daremos instrucciones referentes a su estado de salud. A continuación encontrará algunos consejos para la salud en general. Asegúrese de hacer todas las preguntas que pudiera tener. Si desea mayor información, favor de pedirnos otros folletos o consulte la página electro [www.medlineplus.gov](http://www.medlineplus.gov).

*As you leave the hospital we give you instructions for your health condition. Below are some general health tips. Be sure to ask all questions you have. If you want more details, please ask us for other handouts or visit [www.medlineplus.gov](http://www.medlineplus.gov).*

**SEGUIMIENTO**

- Favor de cumplir con todas sus citas, aún si se siente bien.
- Traiga todos sus medicamentos o una lista de ellos a cada una de sus citas.
- Mencione cualquier síntoma o problema que tenga.
- Tenga a la mano el número de teléfono del consultorio de su médico y de emergencias.
- Mantenga al día tanto sus vacunas como sus exámenes médicos.

**FOLLOW-UP**

- *Please keep all appointments, even if you feel well.*
- *Bring all your medicines or a list to every appointment.*
- *Tell us any symptoms or problems you have.*
- *Keep your doctor's office and emergency phone numbers handy.*
- *Stay up-to-date with immunizations and health screenings.*

**TOMANDO LOS MEDICAMENTOS**

- Tome todos los medicamentos que su médico le haya recetado o recomendado
- Lea las etiquetas. Sepa lo que está tomando, cuándo y por qué.
- Comuníquese con el consultorio de su médico antes de que se le termine el medicamento si necesita volverlo a surtir.

**TAKING MEDICINES**

- *Take all the medicines as your doctor prescribed or recommended.*
- *Read the label. Know what you are taking, when and why.*
- *Call your doctor's office before you run out of refills.*

## **VIGILE SU ALIMENTACIÓN**

- Consuma una dieta balanceada y una variedad de alimentos.
- Lea la etiqueta referente al "contenido nutricional" de los alimentos.
- Reduzca el consumo de grasas animales, azúcar y sal (sodio). Los alimentos con alto contenido de sal incluyen pero no se limitan solamente a: pepinillos, salsa de soya, papas fritas, sopas enlatadas y tocino.
- Mantenga un peso saludable. Cuando se pese, hágalo a la misma hora del día con la misma cantidad de ropa,

### ***WATCH WHAT YOU EAT***

- *Eat a balanced diet and variety of foods.*
- *Read the "nutrition facts" label on foods.*
- *Limit animal fat, sugar, and salt (sodium). Foods that have a lot of salt include but are not limited to: pickles, soy sauce, chips, canned soups and bacon.*
- *Keep a healthy weight. When you weigh yourself, do it at the same time of day, wearing the same amount of clothing.*

## **MANTENIÉNDOSE ACTIVO/A Y SEGURO/A**

- Cuando se mantiene activo/a se sentirá mejor y con mayor energía en general.
- El ejercicio no tiene que ser fuerte para mejorar su salud.
- Antes de empezar con un Nuevo programa de ejercicio, consúltelo con su médico o con su proveedor de la salud.
- Siga los consejos sobre la seguridad y guía de actividades para mantenerse libre de accidentes y lesiones.
- Si fuma o masca tabaco, deje de hacerlo. Si está junto a un fumador, aléjese del humo.

### ***BEING ACTIVE AND SAFE***

- *When you stay active you may have more energy and feel better overall.*
- *Exercise does not have to be vigorous to improve your health.*
- *Before starting a new exercise program, ask your doctor or health care provider.*
- *Follow safety advice and activity guidelines to keep you free from accidents and injury.*
- *If you smoke or chew tobacco, stop. If you are with a smoker, stay away from smoke.*

**□ INSTRUCCIONES PARA PACIENTES QUE TENGAN UN HISTORIAL MÉDICO DE SOBRECARGA DE LÍQUIDOS O INSUFICIENCIA CARDÍACA:**

Cuando su corazón no bombea bien usted puede sentirse débil, cansado o mareado. El agua puede llenar sus pulmones – hacienda que se quede sin aliento o hacienda que se hinchen sus piernas.

***INSTRUCTIONS FOR PATIENTS WITH A HISTORY OF FLUID OVERLOAD OR HEART FAILURE:*** *When your heart does not pump well you may feel weak, tired or dizzy. Water can fill you lungs, making you short of breath or making your legs weak.*

**COMUNÍQUESE CON SU MÉDICO SI SE PRESENTA LO SIGUIENTE:**

- Sube de peso 2 o más libras en 1 día o de 3-5 libras en una semana.
- Tiene falta de aliento más de lo normal o cuando está descansando.
- Tose mucho o se levanta tosiendo.
- Se siente más débil o más cansado.
- Está más hinchado de pies, manos o estómago.
- Tiene náusea o vómito.

***CALL YOUR DOCTOR'S OFFICE IF YOU:***

- *Gain 2 or more pounds in 1 day or 3-5 pounds in a week.*
- *Are short of breath more than usual or at rest.*
- *Cough a lot or wake up with a cough.*
- *Feel weaker or very tired.*
- *Have more swelling or your feet, hands or stomach.*
- *Have nausea or vomiting.*

**LLAME DE INMEDIATO SI OCURRE LO SIGUIENTE:**

- Nota que su corazón está latiendo más rápidamente.
- Está muy mareado/a o siente desmayarse.
- Tiene pérdida inusual de sangre o moretones.

***CALL RIGHT AWAY IF YOU:***

- *Notice your heart beating faster.*
- *Are very dizzy or faint.*
- *Have unusual bleeding or bruising.*

**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 NEED.*

**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*