



0200000

PLACE LABEL HERE.

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

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA – INSTRUCCIONES PARA EL ALTA

EMERGENCY DEPARTMENT – DISCHARGE INSTRUCTION SHEET

MÉDICO (PHYSICIAN/N.P. Please Print) \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO (DIAGNOSIS) \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS (MEDICATIONS)

VER LA FORMA DE LOS MEDICAMENTOS (SEE MEDICATION FORM)

Precauciones con los Medicamentos: (Medication Precautions:)

Puede causar mareo (May make you drowsy) Evite la luz del sol (Avoid sunlight)
Evite el alcohol, conducir, manejar maquinaria pesada Tome con alimentos (Take with food)
(Avoid alcohol, driving, operating heavy machinery)

Otro (Other) \_\_\_\_\_

OTRAS INSTRUCCIONES (OTHER INSTRUCTIONS)

Blank lines for other instructions

Se recomienda seguimiento para dejar de fumar (Follow-up recommended for smoking cessation)

Grid of checkboxes for medical conditions: Dolor Abdominal, Asma, Dolor de Espalda, Bronquitis, Quemaduras, Cuidado del Enyesado, Resfriado Común, Conjuntivitis, Estreñimiento, Abrasión de la Córnea, Atención de Muleta, Dolor Dental, Fiebre, Fracturas, Dolor de Cabeza, Traumatismo Craneoencefálico, Hemorroides, Hipertensión, Cálculo Renal, Laceraciones, Accidentes Automovilísticos, Dolor Muscular de Pecho, Estupefacientes/Sedantes, Náusea / Vómito / Diarrea, Otitis Media / Externa, Embarazo, Sedación, Convulsiones, Dolor de Garganta, Torceduras, Amenaza de Aborto, APUNTES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (CARE NOTES), HOJAS PEDIÁTRICAS (PEDIATRIC SHEETS) including Varicela, Resfriados, Tosferina, Fiebre, Administración de Medicamentos a Menores, Traumatismo Craneoencefálico, Infección del Oído Medio, Estupefacientes / Sedantes, Infección del Tracto Urinario, Vómito y Diarrea, Respiración Entrecortada.

SEGUIMIENTO

Llame a su médico / clínica si no ha mejorado en \_\_\_ día(s) (véase el reverso de la página para los números de teléfono)
Call your doctor / clinic if you have not improved in \_\_\_ day(s) (see back of page for phone numbers.)
Llame para una cita de seguimiento con \_\_\_ en \_\_\_ día(s).
Call for a follow-up appointment with \_\_\_ in \_\_\_ day(s).
Su cita con \_\_\_ es el \_\_\_ a las \_\_\_.
Your scheduled appointment with \_\_\_ is \_\_\_ at \_\_\_.
Médico/clínica fecha hora (doctor/clinic date time)
Regrese al Departamento de Emergencia (Return to ED) \_\_\_\_\_

**FAVOR DE LLEVAR ESTA HOJA CON USTED A SU PROXIMA CITA. SI SU CONDICIÓN EMPEORA ANTES DE SU SIGUIENTE CITA, LLAME AL 1(877) 297-2366 cuando le pidan el código de acceso, marque 4044 1905 7434 pida por el Departamento de Emergencia O REGRESE DE IMEDIATO AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS.**

PLEASE BRING THIS SHEET WITH YOU TO YOUR NEXT APPOINTMENT. IF YOUR CONDITION BECOMES WORSE BEFORE YOUR FOLLOW-UP APPOINTMENT, 1(877) 297-2366 when prompted enter Access Code 4044 1905 7434 ask for the Emergency Department OR RETURN IMMEDIATELY TO THE EMERGENCY DEPARTMENT.

**REGRESO AL TRABAJO / LA ESCUELA**

RETURN TO WORK / SCHOOL

- Se le vio en el Departamento de Emergencias el \_\_\_\_\_  
Seen in ED on \_\_\_\_\_
- Podrá reanudar sus actividades regulares el día de hoy.  
May resume regular activity today.
- Puede volver al trabajo / escuela en \_\_\_\_\_  
May return to work / school on \_\_\_\_\_
- No hay restricciones  
No restrictions

**RESTRICCIONES**

RESTRICTIONS

- Evite el caminar o estar de pie por largos ratos  
Avoid prolonged standing / walking
- Necesita muletas  
Needs crutches
- No levante más de \_\_\_\_\_ libras  
No lifting greater than \_\_\_\_\_ lbs.
- Evite la flexión o torsión de la cintura, trabajo alzando sus brazos o escalando  
Avoid bending or twisting at waist, overhead work, or climbing
- No puede conducir o manejar maquinaria, escalar o trabajar en lugares de altura  
Unable to drive, operate machinery, climb, or work at heights
- Otro (Other) \_\_\_\_\_
- No use su mano derecha/izquierda  
Non-use right / left hand
- Uso limitado de su mano derecha/izquierda  
Limited use right / left hand

Comprendo la información anterior, acepto la responsabilidad y puedo garantizar su seguridad para que sea dado de alta:

I understand the above information and accept responsibility for a safe discharge:

Responsible adult signature/relationship \_\_\_\_\_  
reviewed by \_\_\_\_\_

Nurse's signature \_\_\_\_\_

If Translated: INTERPRETER ATTESTATION (when applicable)

Translation has been provided by: \_\_\_\_\_ Date/Time \_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF INTERPRETER/CYRACOM id#

Recibi una copie traducida de este documento. Patient Initials \_\_\_\_\_

(I received a translated copy of this document) Form # \_\_\_\_\_

**PLEASE ENSURE PATIENT IS SENT TO OUR DISCHARGE ROOM FOR DATA VERIFICATION AND/OR POSSIBLE FINANCIAL ASSISTANCE.**

**SIGNATURES** Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ Discharge date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NURSE

\_\_\_\_\_  
RESIDENT / NP / PA

\_\_\_\_\_  
PATIENT / RESPONSIBLE PERSON

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
2. Cuando le pidan el código de acceso, marque 4044 1905 7434  
When prompted enter the Access Code
3. Siga las instrucciones  
Follow the instructions

Le comunicaremos con un especialista de recursos y a un intérprete de español quienes lo atenderán.  
You will be conferenced with a resource specialist and a Spanish interpreter who will assist you with your needs.

Por Favor de tener la siguiente información preparada 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 numero de sus documentos médicos: \_\_\_\_\_  
Your medical record number
4. Llame para una cita de seguimiento con: \_\_\_\_\_  
Call for a follow-up appointment with