

Tenga en cuenta las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Tengo claro las instrucciones que necesito para realizar las actividades diarias?
- ✓ ¿Necesitaré algún equipo especial en casa? ¿Dónde puedo conseguir este equipo? ¿Está cubierto por mi plan médico, Medicare u otro seguro?
- ✓ ¿Tendré que hacer terapia de rehabilitación física? ¿Necesitaré realizar algún ejercicio físico? En caso de que sea así, pida que le den instrucciones por escrito.
- ✓ En caso de que tenga alguna herida, ¿Qué procedimiento debo seguir para tratarla? ¿En cuanto tiempo sanará?
- ✓ ¿Debo programar una cita de seguimiento con el médico?
- ✓ ¿Tendré que realizarme algún examen de seguimiento? ¿Con quién debo ponerme en contacto para obtener los resultados de estos exámenes?
- ✓ ¿Cuáles son los síntomas que debo estar pendiente?
- ✓ ¿A quién puedo llamar si tengo algún problema después del alta?

En cuanto a sus medicamentos:

- ✓ ¿Qué medicamentos tendré que tomar en casa? Haga una lista por escrito de todos sus medicamentos. (Incluya los recetados y los que se compran sin receta). Llévela consigo cuando tenga alguna cita médica.
- ✓ ¿Puedo obtener instrucciones por escrito acerca de mis medicamentos? Asegúrese de entender las instrucciones. Haga todas las preguntas que necesite antes del alta.
- ✓ ¿Existe alguna vitamina, medicamento recetado o natural que debo evitar?
- ✓ ¿Debo evitar alguna comida o bebida (incluyendo alcohol) cuando tome mis medicinas?
- ✓ ¿Los medicamentos tienen algún efecto secundario? ¿Qué hago si sufro alguno de estos?

Nos preocupamos por su salud; pero recuerde: su recuperación depende de su cumplimiento con el tratamiento y seguimiento médico.

Manatí Medical Center
Calle Hernández Carrión, Urb. Atenas
Manatí, Puerto Rico
Programa Educación a Paciente/Familia
Departamento de Trabajo Social
Departamento de Enfermería
abril 2014



Conozca el Proceso de Alta



Conozca sobre el Proceso de Alta

Bienvenido a Manatí Medical Center donde están las manos que te cuidan. Usted como paciente tiene derecho a una planificación de alta coordinada. Esta comienza desde el momento de la admisión.

Es importante que conozca las personas que están a cargo de su cuidado. Esto incluye al médico, enfermeras(os), trabajador social, farmacéutico, educadora en salud. También cuando su condición lo amerite contará con el terapeuta respiratorio, terapeuta físico, nutricionista, entre otros.

Recuerde:

- ✓ Tenga una libreta para que pueda anotar las preguntas, respuestas y recordatorios. Puede utilizar este material educativo.
- ✓ Solicite a un familiar que le ayude a planificar su recuperación.

Es importante que usted conozca desde su admisión los documentos que debe llevar consigo.

Documentos importantes que debe llevar con usted:

1. RESUMEN DE ALTA

MANATÍ MEDICAL CENTER
DISCHARGE SUMMARY

DATE OF ADMISSION: _____ DATE OF DISCHARGE: _____

PROVISIONAL DIAGNOSES: _____

PRINCIPAL FINAL DIAGNOSES: _____

SECONDARY DIAGNOSES: _____

OPERATION: _____ LEFT VENTRICULAR FUNCTION: _____

BRIEF HISTORY AND ESSENTIAL PHYSICAL FINDINGS: _____

Significant Laboratory, X-ray and Consultation Findings: _____

Course in Hospital with Complications, if any: _____

Infection: On Admission In Hospital Not Infection

Medical Stability on day of discharge: Stable Fair Poor Very Poor

Discharge Status and Home Instructions on Discharge: Condition on Discharge: Guarded Fair Good Excellent Daily weight: _____

Physical Activity: Routine daily activities Advised restricted Ambulatory

Medication: Regular Irregular Other _____

Discharge Plan: Home Extended care facility Office on _____

Final Disposition: Home Extended care facility Office on _____

Other medications: _____

1) Insulin/Insulins _____

2) Inhalers _____

3) ACE Inhibitors _____

DATE: _____ SIGNATURE: _____ M.D. _____

Hágale llegar este documento a su médico primario.

Instrucciones del médico al alta. Usted tiene que estar orientado de cómo cuidar su salud.

2. ORDEN MEDICA

Manatí Medical Center
Tel. (787)621-3700
P.O. Box 1142 • Manatí, P.R. 00674
1-139-170

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Edad: _____

Rx

M.D. _____

LIC. No. _____

D.S.A. _____

D.M. _____

La orden médica es importante para que pueda ordenar los medicamentos una vez salga del hospital.

3. RECONCILIACION DE MEDICAMENTOS

Manatí Medical Center
MANATÍ, PUERTO RICO
MEDICATION RECONCILIATION
HOME MEDICATION LIST

ALLERGENS: _____ PREPARMENT YES NO LACTATION YES NO

LET BELOW ALL OF THE PATIENT'S MEDICATIONS PRIOR TO ADMISSION INCLUDING OTC AND HERBAL MED

DATE RECORDED: _____ / _____ / _____ PHYSICIAN: _____

DATE	NAME	DOSE	ROUTE	FREQUENCY	LAST TAKEN	CONTINUED YES OR NO
1.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
2.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
3.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
4.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
5.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
6.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
7.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
8.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
9.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
10.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
11.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
12.						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

No medication history
 No medication at home
 Outpatient services; need medication review by Primary Care Physician.

Source of Medication for above (check all that apply):
 Home
 Hospital / Acute Care
 Pharmacy
 Other (see above list)
 Previous Discharge Summary
 Previous Admission Record from this facility
 Other: _____

Patient / User Signature: _____ Relationship: _____ Date: _____ Time: _____

LIC. Certified by: _____ Print Name (Legible): _____ Date: _____ Time: _____

Physician Signature: _____ Print Name (Legible): _____ Date: _____ Time: _____

MANATÍ MEDICAL CENTER

La reconciliación de medicamentos es importante para que pueda entender los medicamentos que está utilizando.

Marque con un ✓ los documentos que se le entregaron a su salida del hospital:

- Resumen al Alta
- Reconciliación de Medicamentos
- Receta
- Cita médica
- Instrucciones de la Dieta
- Tipo de Actividad Física:

Coordinación de Servicios: (Según su cubierta médica y recomendación médica)

- Equipo médico (recomendado por el médico y cubierta del plan)
- Servicio de salud en el hogar
- Hospicio: _____
- Casa de equipo: _____
- Otros: _____

Esto le ayudará a que no se le olviden los documentos que debe llevar consigo. Recuerde, antes de que se vaya del hospital debe estar orientado sobre las instrucciones de alta. Aproveche el momento para aclarar dudas y preguntas que usted tenga. **No se vaya con dudas. ¡Pregunte! No asuma!**