



DATE/fecha: \_\_\_\_\_ TIME/hora: \_\_\_\_\_ DIAGNOSIS/Diagnosis: \_\_\_\_\_ SURGERIES/Operaciones (si hubo): \_\_\_\_\_

**DISCHARGE VIA/dado de alta por:****WITH/con:****TO/hacia:** AMBULATORY/sus propios pies SELF/Solo HOME/su casa WHEELCHAIR/silla de ruedas FAMILY/familiar NURSING HOME/asilo de ancianos \_\_\_\_\_ STRETCHER/camilla \_\_\_\_\_ OTHER HOSPITAL/otro hospital \_\_\_\_\_ OTHER/otro medio**CONDITION OF PATIENT AT TIME OF DISCHARGE/Condición del paciente en el momento de darle de alta:** \_\_\_\_\_

LAST VITAL SIGNS TIME \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_ Pain/Dolor 0-10 \_\_\_\_\_ Loc/Donde \_\_\_\_\_

LAST MEDICATED WITH/ última medicina para el dolor recibida \_\_\_\_\_ TIME/hora: \_\_\_\_\_

TOLERATING DIET/toleró la dieta:  YES/sí  NO EXPLAIN/explique \_\_\_\_\_WOUND/heridas:  YES/sí  NO LOCATION/dónde: \_\_\_\_\_DRESSING/vendaje:  YES/sí  NO CONDITION/condición: \_\_\_\_\_ VOIDING/puede orinar  FOLEY/sonda DATE INSERTED/fecha de inserción: \_\_\_\_\_ SIZE/medida: \_\_\_\_\_IV DISCONTINUED/Suero discontinuado:  YES/sí  NO  N/A FOLEY DISCONTINUED/Foley discontinuado:  YES/sí  NO  N/A**DISCHARGE INSTRUCTIONS/Instrucciones para el paciente dado de alta****I - CALL YOUR DOCTOR IF YOU HAVE/Llame a su médico si usted tiene: (ANY OF THE FOLLOWING/cualquiera de lo siguiente) IF YOU CANNOT WAIT TO TALK TO YOUR DOCTOR, GO TO THE CLOSEST EMERGENCY DEPARTMENT OR CALL 911/si usted no puede esperar o hablar con su médico, valla al Department de emergencias mas cercano o llame al 911.**

- FEVER, TEMPERATURE GREATER THAN 101°F LASTING >8 HORAS  
Fiebre, temperatura mayor de 101°F MAS DE 8 HORAS
- UNUSUAL DRAINAGE, BLEEDING, OR OPENING OF INCISION/ WOUND  
Mucha secreción, sangramiento o abertura de la herida
- URINARY PROBLEM, BURNING FREQUENCY, BLOOD IN URINE  
Problema en la orina, ardor o sangre
- SEVERE PAIN THAT IS NOT RELIEVED BY PAIN MEDICATION  
Dolor fuerte que no se alivia con ninguna medicina para el dolor
- DISCOLORATION OR NUMBNESS IN EXTREMITIES  
Cambio de color entumece en las extremidades.
- EXCESSIVE BRUISING, TENDERNESS OR BLEEDING  
Morados, delicadeza o sangramiento excesivo
- URINARY RETENTION, UNABLE TO EMPTY BLADDER  
Retención de la orina, no puede vaciar la vejiga
- PERSISTENT NAUSEA OR VOMITING  
Náusea o vómitos
- REDNESS, SWELLING OF WOUND  
Herida roja o hinchada
- SHORTNESS OF BREATH / DYSPNEA  
Falta de aire
- FAINTING OR DIZZINESS  
Desmallo o mareo
- CONSTIPATION  
Estreñimiento
- PERSISTENT DIARRHEA  
Diarrea continua
- SUDDEN SKIN RASH  
Salpullido en la piel

**II - DIET/ dieta:**

• EAT ROUPHAGE (FRUITS, VEGETABLES, WHOLEGRAINS/Coma frutas, vegetales, granos, etc.)

♥CHF/MI – LOW FAT, LOW CHOLESTEROL DIET/Baja de grasa y colesterol

 RESUME REGULAR DIET/ vuelva a su dieta regular  DRINK PLENTY OF FLUIDS/ beba muchos líquidos LIMIT ORAL FLUID TO \_\_\_ OZ PER DAY / Limite líquidos orales asta \_\_\_\_\_ onzas por día SPECIAL DIET/ Dieta especial \_\_\_\_\_  INSTRUCTED BY DIETICIAN/ el dietista lo aconsejó**III - ACTIVITIES (ITEMS CHECKED) / Actividades**

♥FOLLOW UP WITH PCP FOR CARDIAC RELATED ACTIVITIES

- GRADUALLY RETURN TO PREVIOUS ACTIVITIES / Gradualmente regresar a la actividad normal
- PLAN REST PERIODS DURING DAY/ Descanse durante el día
- AVOID LIFTING HEAVY OBJECTS/ Evite levantar objetos pesados
- AVOID STRESS/ Evite tensiones nerviosas
- SPECIFIC RESTRICTIONS/Restricciones específicas: \_\_\_\_\_

**IV - TREATMENT / PROCEDURES / Tratamiento / Procedimientos** IV THERAPY/terapia intravenosa  FEEDINGS/Alimentación  CATHETER CARE/Cuidado de la sonda  INJECTIONS/Inyecciones**WOUND CARE INSTRUCTION / INSTRUCCIONES PARA CUIDADO DE HERIDA:**  Not applicable / No Aplica Keep the area clean and dry / Mantenga el area limpio y seco Do not remove the dressing / No remueva el vendaje  Remove the dressing in \_\_\_\_\_ days / Remueva el vendaje en \_\_\_\_\_ días Other/Otro: \_\_\_\_\_**V - SPECIAL INSTRUCTIONS/ Instrucciones especiales:** \_\_\_\_\_**VI - HOME CARE / EQUIPMENT:**  OXYGEN / Oxygeno  WALKER-CANE / Caminador-Baston  OTHER/Otro: \_\_\_\_\_• = Instructions for all patients  
(aplicable a todos los pacientes)♥= Instructions for all AMI/CHF/Heart Disease patients  
(aplicable a todos los pacientes con enfermedad o falla de Corazón)**CORAL GABLES**  
Hospital3100 Douglas Road  
Coral Gables, FL 33134  
Telephone: (305) 445-8461  
www.coralgableshospital.com**DISCHARGE INSTRUCTION SHEET/  
FOOD DRUG INTERACTION**

WHITE: CHART CANARY: PATIENT PINK: PHYSICIAN

Patient ID Labels

**IF YOU ARE A CURRENT TOBACCO USER OR HAVE USED TOBACCO WITHIN THE LAST 12 MONTHS, YOU ARE ADVISED TO STOP USING ANY FORM OF TOBACCO.**

Si usted esta usando en este momento tabaco o ha usado tabaco en los últimos 12 meses, esta usted advertido que deje de usar cualquier forma de tabaco.

“Freedom from Smoking”/“Libertad de fumar” Call/Llame # 1-800-586-4872 or/o visit/visite

www.lungusa.com for online program/para el programa de internet

“Quit For Life Line”/“Linea de despido” Telephone counseling /Linea de consegeria: Call/Llame: # 1-877-822-6669

24 hour support and information line / Linea de informacion abierta 24 horas: Call/Llame # 1-800-227-2345

**VII – PNEUMONIA GUIDELINES: IMMUNIZATION DISCHARGE EDUCATION:** Pneumococcal/Influenza Vaccine given OR  Pneumococcal/Influenza Refused/Contraindicated

- Instructed to consider Pneumococcal Vaccine (when indicated)/Considere vacuna Pneumococcal (Cuando sea indicado) and DURING FLU SEASON (Sept. - March) - When indicated consider FLU vaccine/Durante la época gripal (FLU) (Sept. - Marzo) - cuando sea indicado considere vacunarse contra el FLU.

**VIII – HEART DISEASE: ACUTE MI, HEART FAILURE, HEART SURGERY GUIDELINES****Enfermedad del corazón: Ataque del Corazón, Falla del corazón, Operación de corazón****CALL YOUR DOCTOR IF YOU HAVE THE FOLLOWING/Llame a su médico si usted tiene:**

- ♥ INCREASE IN THE NUMBER OF PILLOWS NEEDED OR A NEED TO SIT IN A CHAIR TO SLEEP.  
Necesito agregar mas almudadas o necesito sentarme en una silla para dormir.
- ♥ INCREASED COUGH DURING OR AFTER ACTIVITY OR WHEN LYING DOWN.  
Le sube la tos durante o despues de actividad o cuando se acuesta.
- ♥ INCREASED SWELLING OF HANDS, LEGS, OR FEET.  
Le sigue subiendo la hinchazón de las manos, las piernas y los pies
- ♥ CHEST PAIN OR SHORTNESS OF BREATH NOT RELIEVED BY A FEW MINUTES OF REST.  
No se le quita el dolor de pecho o falta de aire despues de unos minutos de descanso.
- ♥ INCREASED SHORTNESS OF BREATH WITH ACTIVITY  
Le sube la falta de aire con actividad
- ♥ ANYTHING ELSE UNUSUAL THAT BOTHERS YOU.  
Todo lo demas es no usual o me molesta.

**♥ DAILY WEIGHT MONITORING FOR PATIENTS WITH HEART DISEASE, HEART FAILURE, HEART SURGERY, OR ESRD/DIALYSIS/Monitorear el peso diario de pacientes con enfermedad del corazón, falla del corazón, operación de corazón ESRD/Dialises.**

- WEIGH AS SOON AS YOU GET HOME FOR A BASELINE WEIGHT. / Pesese ensequida que llegue a la casa para un peso inicial.
- WEIGH DAILY AT THE SAME TIME AND IN SIMILAR WEIGHT CLOTHES ON THE SAME SCALE. KEEP A RECORD.
- TAKE IT WITH YOU TO YOUR DOCTOR VISITS/Pesese diario a la misma hora y en ropa similar en la misma pesa. Mantenga los resultados. Llevelo con usted a su cita con su doctor.
- CALL YOUR DOCTOR IF YOU GAIN 2 OR MORE POUNDS IN ONE DAY, 5 POUNDS IN ONE WEEK, OR 10 POUNDS IN ONE MONTH/Llame a su doctor si usted sube 2 o mas libras en un día, 5 libras en una semana o 10 libras en un mes.

**IX - MEDICATIONS:**

♥ Patient understands that four (4) kinds of medications may help prevent future heart attacks and may help to extend his/her life. These medications are Anti-Platelet agents (Aspirin), Beta Blocker, ACE Inhibitor, &amp; Cholesterol-Lowering medications

- MEDICATION RECONCILIATION PROVIDED TO PATIENT AND PRIMARY CARE MD/Copias de Reconciliacion de Medicinas dadas para el paciente y su doctor primario.
- Pain Management Instructions/Instrucciones sobre el control de el dolor.

 PRESCRIPTION AND INSTRUCTION GIVEN BY DOCTOR / Recetas e instrucciones dadas por el doctor. NO MEDICATION AT THIS TIME / Ningún medicamento actualmente.**X - FOLLOW-UP CARE / Continuación del Tratamiento:**

- Call your Primary care physician the next business day/Llame a su medico primario el proximo dia de trabajo.
- Additional Instructions/Instrucciones adicionales: \_\_\_\_\_
- Referred to Agency / Referido a Agencia: \_\_\_\_\_ for/para  Nursing care/Enfermera  PT  RT  Other/Otro \_\_\_\_\_
- MEDICATIONS/VALUABLES TO HOSPITAL HAVE BEEN RETURNED / Medicinas y valuables han sido devueltos:  YES/Sí  NO

*I acknowledge receipt and understanding of the above discharge instructions. I have no further questions at this time**Declaro que al darme el alta, he recibido y comprendido las instrucciones anteriores. No tengo ninguna otra pregunta en este momento*

Patient's Signature or Guardian - Relationship / Firma del Paciente o Tutor - Parentesco

Discharge Nurse / Enfermera del Alta

Discharge Time Out RN Co Signature