



# NOTIFICACIÓN FORMAL DE ALTA DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ No. de Identificación: \_\_\_\_\_

Su fecha de alta del servicio contratado será (fecha) \_\_\_\_\_

Motivo del alta \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES GENERALES DE ALTA

- Siga \_\_\_\_\_ las instrucciones de la dieta alimenticia que usted recibió.
- Sólo tome aquellos medicamentos prescritos por su médico. Siga su horario de medicamentos escrito.
- Bote medicamentos que estén vencidos.
- Mantenga el nombre y teléfono de su médico y su dirección a la vista cerca del teléfono o en la nevera.
- Mantenga los nombres y los teléfonos de los contactos de emergencia cerca del teléfono o en la nevera.
- Llame al 911 en caso de emergencia.
- Planifique visitas médicas de rutina. La próxima visita al médico será \_\_\_\_\_

### Instrucciones para cuidado continuo / necesidades:

- Comuníquese con su médico para una visita de seguimiento.
- Comuníquese con su médico si nota cualquier síntoma a cambio a su condición.
- Conti nue como se le enseñó** (hasta que su médico cambie el plan o la instrucción).
  - Medicamentos (vea el horario de medicinas)
  - Dieta Alimenticia: \_\_\_\_\_
  - Tratamientos
  - Ejercicios
  - Procedimientos
  - Actividades permitidas
- Comuníquese con su compañía de equipo** para:
  - Problemas o preguntas sobre el equipo
  - Recoger equipo que ya no necesita
  - Suministros adicionales (por ejemplo, baterías, oxígeno, etc.)
- Referidos hechos por el Trabajador Social para servicios continuos aparecen en la Lista de Información de Servicios Sociales (los teléfonos que aparecen son para preguntas de seguimiento).
- Agujas, jeringuillas y pruebas de punta del dedo deberán ser colocados en un contenedor no transparente, a prueba de piquetes, plástico con tapa de enroscado. Cuando el contenedor esté lleno, séllelo con cinta adhesiva y colóquelo en el centro de la basura.

Otras instrucciones especiales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si le podemos ser de ayuda en un futuro, o si necesita explicación adicional, favor comuníquese con nosotros al \_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

reconozco y entiendo las instrucciones que aparecen arriba y la discontinuación de los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Enfermero/Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha