

PHILADELPHIA SURGI-CENTER
9500 ROOSEVELT BLVD., PHILADELPHIA, PA 19115
(215) 969-5650 Fax: (215) 969-5651

INSTRUCCIONES DE ALTA DEL PACIENTE

La medicina, la sedación de la anestesia que ha recibido hoy, puede seguir trabajando dentro de su cuerpo durante los próximos días. Puede experimentar mareos, somnolencia y ligeros dolores de cabeza. Trate de descansar tranquilamente durante las próximas 12 a 24 horas y tenga cuidado de sus actividades.

1. ACTIVIDADES:

- a. Descanse en casa con moderación por el resto del día.
- b. No conduzca, no opere maquinaria, ni tome ninguna decisión importante el día de hoy.
- c. Si ha tenido anestesia, consiga que alguien más cuide a sus hijos.

2. DIETA:

- a. Si no siente náuseas, resume su dieta regular.
- b. No tome bebidas alcohólicas hasta que se termine su medicamento. Si siente náuseas, empiece con líquidos, jugos claros, caldo o sopa, galletas saladas, té y si los líquidos son retenidos, gradualmente agregue alimentos sólidos.

3. RECETAS:

- a. Dolor _____ Tome el medicamento de dolor con comida.
- b. Antibióticos _____ Termine todo el antibiótico.
- c. Náusea/Vómito _____
- d. Inflamación _____

4. CUIDADO DE HERIDA

- a. _____ Mantenga la gasa intacta y seca hasta su próxima cita.
- b. _____ Cambie la gasa si es necesario a partir de _____.
- c. _____ Puede bañarse o lavarse el cabello.

5. LLAMAR al (215) 969-5650 si tiene preguntas o problemas como por ejemplo:

- a. Dolor excesivo que no se alivia ni con el medicamento.
- b. Sangrado o drenaje excesivo, inflamación o enrojecimiento alrededor de la incisión. (SI APLICA)
- c. Escalofríos o fiebre más alta de 100 grados.
- d. Náusea y/o vómito excesivo.

6. INSTRUCCIONES ESPECIALES:

- Aplique hielo en el área durante 15 minutos y luego retírelo por otros 15 minutos.
- Duerma con la cabeza elevada.

7. ATENCIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO:

- a. Haga su cita posoperativa antes de irse hoy.

ESTAS INSTRUCCIONES DE ALTA SE HAN EXPLICADO AL PACIENTE/REPRESENTANTE. LA FORMA ORIGINAL SE LE A ENTREGADO AL PACIENTE/REPRESENTANTE Y LA COPIA SE HA ARCHIVADO EN MI EXPEDIENTE MÉDICO.

Firma del Médico

Paciente/Representante