

**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