****

****

****

|  |  |
| --- | --- |
| **Procedimiento para realizar la Educación para la Salud al paciente y su familia por el personal de Salud** | |
| 1.- **FICHA DE IDENTIFICACIÓN:** | Deberá registrarse de manera clara y legible los datos que correspondan al paciente, acorde con los contenidos en el expediente clínico, siendo estos verificados con el paciente o familiar. |
| 2.- **DIAGNÓSTICO:** | Se anotara el diagnóstico motivo de ingreso del paciente de manera clara, legible y sin abreviaturas. |
| 3.- **EVALUACIÓN MOTIVACION, DISPONIBILIDAD, BARRERAS Y PREFERENCIAS:** | El personal médico que realiza la evaluación de 1a vez deberá considerar los parámetros referidos en el formato marcando con una paloma () si estos aplican, ya sea al paciente, familiar u otra persona que sea el cuidador primario. Al finalizar la evaluación deberá anotar su nombre completo y firma, así como la fecha y hora en que esta se efectuó. |
| 4.- **HOSPITALIZACIÓN / CIRUGIA AMBULATORIA:** | Este rubro será llenado en las áreas de hospitalización y cirugía ambulatoria |
| 4.1.- **FECHA Y HORA:** | Se anotara la fecha y hora en que se dio la educación al paciente o familiar. |
| 4.2.- **NECESIDAD IDENTIFICADA DE APRENDIZAJE :** | Una vez realizada la evaluación se educara al paciente tanto de temas de tipo general tales como Derechos y Responsabilidades del paciente dentro del Instituto, información financiera donde la trabajadora social le hablara sobre el monto de las cuotas de recuperación ,así como de algún insumo en específico que requiera para su atención , se abordara además el tema de precauciones y seguridad que se llevan dentro del instituto para la protección y cuidado del paciente, considerando el apoyo del familiar y las medidas que este debe realizar, se orientara al paciente sobre las rutinas del servicio horario de baño, de alimentos etc.. en cuanto a las necesidades especificas se considera dentro de ellas el padecimiento o enfermedad donde se le informará con relación al proceso de enfermedad y los cuidados que para ella debe tener, en cuanto al plan de tratamiento se le informa sobre las indicaciones medicas y su plan de tratamiento específico en lo relativo a pruebas de diagnóstico y tratamiento, manejo del dolor, indicaciones y efectos posibles de los medicamentos prescritos, se hablara también sobre los cuidados pre y post operatorios en caso de cirugía o procedimientos diagnósticos. Esta educación es otorgada por el personal médico y/o de enfermería en cuanto a su ámbito de aplicación que le compete.  La dietista o Lic en Nutrición será la encargada de informar al paciente y/o familiar sobre su dieta, e interacción con los medicamentos.  El médico rehabilitador y/o terapista es responsable de educar al paciente sobre el plan de tratamiento rehabilitatorios a seguir, así como la utilización de equipos y la actividad física que podrá desarrollar.  En cuanto a la planeación de los cuidados de alta, una vez revisada la nota de evolución final, se darán las instrucciones a seguir por el paciente y su familiar en su domicilio, identificando los posibles riesgos, en caso necesario informar los recursos con que su comunidad cuenta para su atención, así como para futuros tratamientos. |
| 4.3.- **ENSEÑANZA DIRIGIDA A:**   * **PACIENTE** * **FAMILIA** * **OTROS** | En este rubro se marca con una () la condición de la persona a la cual se dio la educación que puede ser directamente al paciente, al familiar u otros. |
| 4.4.- **METODO DE ENSEÑANZA:** | Se marcara por medio de las claves colocadas en la parte inferior del formato el método utilizado para la enseñanza del paciente que puede ser:  **E- Explicación MA- Material audiovisual**  **O- Otros D- Demostración**  **F- Folleto IE- Instrucción estricta**  **CD-Disco compacto** |
| 4.5.- **EVALUACIÓN DE APRENDIZAJE:** | Aquí se anotara por medio de claves numéricas la forma en que se evalúa el aprendizaje del paciente o familiar, estas son:   1. **Rehúsa Instrucciones** 2. **No hay evidencia de aprendizaje** 3. **Verbaliza limitado el entendimiento** 4. **Verbaliza entendimiento** 5. **Incapaz para demostrar habilidades** 6. **Demuestra habilidades con mínima asistencia** 7. **Demuestra habilidades** 8. **Listo para el alta** |
| 4.6.- **TITULO:**  **NOMBRE COMPLETO Y FIRMA:** | Se anotara el titulo, así como el nombre completo y firma del profesional de la salud que proporciona la información. |
| 5.- **FECHA / HORA:** | Se registrara la fecha y hora en que se proporciona la educación al paciente durante la planificación del alta. |
| 6.- **PLANIFICACIÓN DEL ALTA:** | En este apartado corresponde la anotación y explicación al usuario y familiar sobre la información de los cuidados generales y específicos, tipo de dieta y actividad física que deberá tener en su domicilio.  Se abordara además lo referente a la explicación de tratamiento farmacológico, y los posibles signos de alarma que puede presentar. |
| 6.1.- **INFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS GENERALES:** | El personal médico marcara con una paloma () la información sobre los cuidados generales que el paciente debe llevar a cabo:  Baño diario  Mantener la piel limpia, seca y lubricada  Tomar medicamentos con horario |
| 6.2.- **INFORMACIÓN SOBRE EL TIPO DE DIETA:** | El personal médico marcara con una paloma () la información sobre el tipo de dieta del paciente:  Baja en grasas  Evitar consumir alimentos irritantes o condimentados |
| 6.3.- **CUIDADOS A LA HERIDA:** | Se marcara con una paloma ()  Mantener herida quirúrgica limpia y seca  Curación en seco  No aplicar pomadas o antisépticos  No aplicar ninguna sustancia en la herida |
| 6.4.- **SE INFORMA ACTIVIDAD FÍSICA PERMITIDA:** | Se marcara con una paloma ()  Movilización activa de articulaciones sanas  Deambulación con apoyo de auxiliares  Uso de Inmovilizadores |
| 6.5.- **SE EXPLICA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** | Se marcara con una paloma ()  La entrega de la Receta médica y si se informa al usuario del tratamiento farmacológico y las reacciones adversas medicamentosas |
| 6.6.- **INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA:** | Se le informa al usuario con relación a la presencia de signos de alarma que pudieran presentarse como:  Fiebre (Temperatura mayor a 38.5)  Inflamación y cambio de coloración  Salida de pus  Herida que no sana o que se abre  Dolor que no se quita con medicamento  Sangrado activo |
| 7.- **CUIDADOS ESPECÍFICOS:**  **Servicio:** | Este columna corresponde a la información que se proporciona al usuario de manera específica con relación a su diagnóstico y tratamiento.  **SERVICIO: \_\_\_\_\_”Traumatología”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se anota el servicio en donde el usuario corresponde** |
| 8.- **EVALUACIÓN DE RESULTADOS:** | El médico o enfermera que de las últimas instrucciones al usuario para su cuidado verificara que la información recibida, haya sido clara, comprensible y precisa, para lo cual solicitara al paciente, familiar o persona responsable evalué la información recibida, marcando el rubro que a su juicio de respuesta a la pregunta planteada. Anotara su nombre y firma, así como la fecha y hora en que se realizo la evaluación. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SS 2020  **DIRECCIÓN QUIRÚRGICA**  **SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**  **EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE Y SU FAMILIA POR EL PERSONAL DE SALUD**  Diagnóstico (s):  **PACIENTE:**  **F. NAC:**  **DR. (A):**  **No. EXPEDIENTE:**  **SERVICIO:**  **No. CAMA:**  **EVALUACION: MOTIVACION, DISPONIBILIDAD, BARRERAS Y PREFERENCIAS (1a Vez)**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **PARAMETROS** | **Pac** | **Fam** | **Otro** | **PARAMETROS** | **Pac** | **Fam** | **Otro** | |  | SI NO | SI NO | SI NO |  | SI NO | SI NO | SI NO | | Incapacidad física | x | x | x | Déficit auditivo/visual | x | x | x | | Déficit cognitivo |  |  |  | Prácticas culturales o religiosas que puedan afectar el aprendizaje |  |  |  | | **Preferencias para aprender**  Instrucciones audiovisuales  Instrucciones escritas  Demostración  Instrucciones verbales  Otra |  |  |  | Barreras emocionales  Motivado y preparado para aprender (Realiza preguntas) |  |  |  | | Evaluación llenada por:  (Nombre completo y Firma) | | | | | Fecha/Hora: | | | | **HOSPITALIZACION / CIRUGIA AMBULATORIA** | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Fecha/Hora** | **Necesidad identificada de aprendizaje** | **Enseñanza dirigida a:**  **Pac / Fam / Otro** | **Método de Enseñanza** | **Evaluación del aprendizaje** | **Título / Nombre completo y Firma** | |  | Derechos / Responsabilidades del paciente. |  |  |  |  | |  | Información financiera.  (Cuota de Recuperación, Insumos) |  |  |  |  | |  | Precauciones / Seguridad |  |  |  |  | |  | Orientación / Rutina de la Unidad |  |  |  |  | | **Padecimiento o enfermedad:** Ver indicaciones médicas, historia clínica y notas de evolución para los hallazgos específicos de la evaluación. | | | | | | |  | Proceso de la enfermedad |  |  |  |  | |  | Cuidados |  |  |  |  | | **Plan de tratamiento:** Ver indicaciones médicas y notas de evaluación para el plan de tratamiento específico. | | | | | | |  | Pruebas / Procedimientos Diagnósticos |  |  |  |  | |  | Manejo del Dolor |  |  |  |  | |  | Medicamentos |  |  |  |  | |  | \* Indicaciones / Propósito |  |  |  |  | |  | \* Efecto y/o Precauciones |  |  |  |  | |  | Cirugía / Procedimiento |  |  |  |  | |  | \* Instrucciones Pre-op / Pre procedimiento |  |  |  |  | |  | \* Instrucciones Post-op / Post procedimiento |  |  |  |  | | **Dieta y Nutrición:** Ver evaluación nutricional y notas de evolución. | | | | | | |  | Dieta |  |  |  |  | |  | Interacción (es) Alimentos / Medicamentos |  |  |  |  | | **Técnicas de Rehabilitación / Equipo:** Ver indicaciones médicas y notas de evolución para el plan de tratamiento específico. | | | | | | |  | Tipo de tratamiento |  |  |  |  | |  | Utilización de equipo |  |  |  |  | |  | Actividad Física |  |  |  |  | | **Planeación de los cuidados de alta:** Ver la nota de evolución final, las instrucciones de alta e identificación de posibles riesgos del paciente para la planeación del alta. | | | | | | |  | Recursos de la comunidad |  |  |  |  | |  | Cómo / Cuándo para obtener futuro tratamiento |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | | **Métodos de Enseñanza**  **E**  Explicación  **D**  Demostración  **IE** Instrucciones estrictas  **MA** Material audiovisual  **F**  Folleto  **CD** Disco compacto  **O**  Otro | **Evaluación del aprendizaje**  **1** Rehusa instrucciones  **8** Listo para el alta  **2** No hay evidencia de aprendizaje  **3** Verbaliza limitado el entendimiento  **4** Verbaliza entendimiento  **5** Incapaz para demostrar habilidad  **6** Demuestra habilidad con mínima asistencia  **7** Demuestra habilidad | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Fecha / Hora*** | ***COMENTARIOS*** | | |  | **PLANIFICACION DE ALTA AL EGRESO** | **CUIDADOS ESPECÍFICOS**  **SERVICIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  | **Información de los cuidados generales:** |  | |  | Baño diario |  | |  | Mantener la piel limpia, seca y lubricada |  | |  | Tomar medicamentos con horario |  | |  | **Información sobre el tipo de dieta:** |  | |  | Evite consumo de alimentos irritantes o condimentados |  | |  | Baja en grasas |  | |  | **Cuidados a la herida:** |  | |  | Mantener herida quirúrgica limpia y seca |  | |  | Curación en seco |  | |  | No aplicar pomadas o antisépticos |  | |  | No aplicar ninguna sustancia en la herida |  | |  | **Se informa actividad física permitida:** |  | |  | Movilización activa de articulaciones sanas |  | |  | Deambulación con apoyo de auxiliares |  | |  | Uso de Inmovilizadores |  | |  | **Se explica el tratamiento farmacológico:** |  | |  | Receta médica |  | |  | Vigilancia de reacciones alérgicas |  | |  | **Información sobre signos de alarma:** |  | |  | Fiebre (Temperatura mayor a 38.5) |  | |  | Inflamación y cambio de coloración |  | |  | Salida de pus |  | |  | Herida que no sana o que se abre |  | |  | Dolor que no se quita con medicamento |  | |  | Sangrado activo |  | |  | | | |  | | | | **Evaluación de resultados**  **Recibí información:** Suficiente Comprensible Lenguaje claro Acorde a mi condición actual  **¿La educación recibida me permite conocer y manejar mi enfermedad?**  Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo  **Nombre y firma del paciente y/o familiar que recibió la educación** Fecha y hora**:** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SS 2020  **INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION**  **EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE Y SU FAMILIA POR EL PERSONAL DE SALUD**  **PACIENTE:**  **F. NAC:**  **DR. (A):**  **No. EXPEDIENTE:**  **SERVICIO:**  **No. CAMA:**  Diagnóstico (s):  **EVALUACION: MOTIVACION, DISPONIBILIDAD, BARRERAS Y PREFERENCIAS (1a Vez)**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **PARAMETROS** | **Pac** | **Fam** | **Otro** | **PARAMETROS** | **Pac** | **Fam** | **Otro** | |  | SI NO | SI NO | SI NO |  | SI NO | SI NO | SI NO | | Incapacidad física | x | x | x | Déficit auditivo/visual | x | x | x | | Déficit cognitivo |  |  |  | Prácticas culturales o religiosas que puedan afectar el aprendizaje |  |  |  | | **Preferencias para aprender**  Instrucciones audiovisuales  Instrucciones escritas  Demostración  Instrucciones verbales  Otra |  |  |  | Barreras emocionales  Motivado y preparado para aprender (Realiza preguntas) |  |  |  | | Evaluación llenada por:  (Nombre completo y Firma) | | | | | Fecha/Hora: | | | | **HOSPITALIZACION / CIRUGIA AMBULATORIA** | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Fecha/Hora** | **Necesidad identificada de aprendizaje** | **Enseñanza dirigida a:**  **Pac / Fam / Otro** | **Método de Enseñanza** | **Evaluación del aprendizaje** | **Título / Nombre completo y Firma** | |  | Derechos / Responsabilidades del paciente. |  |  |  |  | |  | Información financiera.  (Cuota de Recuperación, Insumos) |  |  |  |  | |  | Precauciones / Seguridad |  |  |  |  | |  | Orientación / Rutina de la Unidad |  |  |  |  | | **Padecimiento o enfermedad:** Ver indicaciones médicas, historia clínica y notas de evolución para los hallazgos específicos de la evaluación. | | | | | | |  | Proceso de la enfermedad |  |  |  |  | |  | Cuidados |  |  |  |  | | **Plan de tratamiento:** Ver indicaciones médicas y notas de evaluación para el plan de tratamiento específico. | | | | | | |  | Pruebas / Procedimientos Diagnósticos |  |  |  |  | |  | Manejo del Dolor |  |  |  |  | |  | Medicamentos |  |  |  |  | |  | \* Indicaciones / Propósito |  |  |  |  | |  | \* Efecto y/o Precauciones |  |  |  |  | |  | Cirugía / Procedimiento |  |  |  |  | |  | \* Instrucciones Pre-op / Pre procedimiento |  |  |  |  | |  | \* Instrucciones Post-op / Post procedimiento |  |  |  |  | | **Dieta y Nutrición:** Ver evaluación nutricional y notas de evolución. | | | | | | |  | Dieta |  |  |  |  | |  | Interacción (es) Alimentos / Medicamentos |  |  |  |  | | **Técnicas de Rehabilitación / Equipo:** Ver indicaciones médicas y notas de evolución para el plan de tratamiento específico. | | | | | | |  | Tipo de tratamiento |  |  |  |  | |  | Utilización de equipo |  |  |  |  | |  | Actividad Física |  |  |  |  | | **Planeación de los cuidados de alta:** Ver la nota de evolución final, las instrucciones de alta e identificación de posibles riesgos del paciente para la planeación del alta. | | | | | | |  | Recursos de la comunidad |  |  |  |  | |  | Cómo / Cuándo para obtener futuro tratamiento |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | | **Métodos de Enseñanza**  **E**  Explicación  **D**  Demostración  **IE** Instrucciones estrictas  **MA** Material audiovisual  **F**  Folleto  **CD** Disco compacto  **O**  Otro | **Evaluación del aprendizaje**  **1** Rehusa instrucciones  **8** Listo para el alta  **2** No hay evidencia de aprendizaje  **3** Verbaliza limitado el entendimiento  **4** Verbaliza entendimiento  **5** Incapaz para demostrar habilidad  **6** Demuestra habilidad con mínima asistencia  **7** Demuestra habilidad | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Fecha / Hora*** | ***COMENTARIOS*** | | |  | **PLANIFICACION DE ALTA AL EGRESO** | **CUIDADOS ESPECÍFICOS**  **SERVICIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  | **Información de los cuidados generales:** |  | |  | Baño diario |  | |  | Mantener la piel limpia, seca y lubricada |  | |  | Tomar medicamentos con horario |  | |  | **Información sobre el tipo de dieta:** |  | |  | Evite consumo de alimentos irritantes o condimentados |  | |  | Baja en grasas |  | |  | **Cuidados a la herida:** |  | |  | Mantener herida quirúrgica limpia y seca |  | |  | Curación en seco |  | |  | No aplicar pomadas o antisépticos |  | |  | No aplicar ninguna sustancia en la herida |  | |  | **Se informa actividad física permitida:** |  | |  | Movilización activa de articulaciones sanas |  | |  | Deambulación con apoyo de auxiliares |  | |  | Uso de Inmovilizadores |  | |  | **Se explica el tratamiento farmacológico:** |  | |  | Receta médica |  | |  | Vigilancia de reacciones alérgicas |  | |  | **Información sobre signos de alarma:** |  | |  | Fiebre (Temperatura mayor a 38.5) |  | |  | Inflamación y cambio de coloración |  | |  | Salida de pus |  | |  | Herida que no sana o que se abre |  | |  | Dolor que no se quita con medicamento |  | |  | Sangrado activo |  | |  | | | |  | | | | **Evaluación de resultados**  **Recibí información:** Suficiente Comprensible Lenguaje claro Acorde a mi condición actual  **¿La educación recibida me permite conocer y manejar mi enfermedad?**  Totalmente de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Totalmente en desacuerdo  **Nombre y firma del paciente y/o familiar que recibió la educación** Fecha y hora**:** | | | |