

Instrucciones Preoperatorias para Cirugía en el Harmony Surgery Center

Al prepararse para su procedimiento venidero, sírvase seguir las instrucciones a continuación.

¡Por favor léalas cuidadosamente!

Nombre del paciente: _____

Fecha y hora del procedimiento: _____ ****_Sírvase llegar al Harmony Surgery Center 1 HORA antes de su**

procedimiento. **HORA DE CHEQUEO:** _____

- ***Sírvase visitar nuestro sitio web www.harmonyasc.com.** En la parte superior de la página, oprima el tab "Patient Form" y complete la hoja Health History and Medication List. Sírvase someter estas formas electrónicamente antes de la fecha de su servicio. *Si no tiene acceso online, estas formas estarán disponibles para completarlas el día de su procedimiento.*
- ***Si necesita direcciones para llegar a nuestra instalación, sírvase visitar nuestro sitio web en www.harmonyasc.com**
- ***Sírvase traer su tarjeta de seguro médico y su ID con foto.** Por favor traiga sus lentes.

***Siga ESTRICTAMENTE las instrucciones para comer y beber antes de su cita.**

Para su seguridad, si no sigue estas instrucciones su procedimiento será cancelado.

- 1. Deje de comer y tomar TODA comida y líquidos excepto agua, soda sin color o jugo de manzana 8 horas antes de llegar al Harmony Surgery Center, y**
- 2. Deje de tomar toda agua, soda sin color y jugo de manzana 2 horas antes de su llegada.**
- 3. Pacientes pediátricos: Siga todas las instrucciones arriba citadas excepto si está lactando- deje de lactar 4 horas antes de llegar, o si usa fórmula, tiene que suspender toda alimentación 6 horas antes de llegar.**

- Su doctor le dirá si puede o no tomar sus medicamentos regulares. Si se toma sus medicamentos, tome sólo un **pequeño sorbo de agua.**
- Si usa una máquina **CPAP** en casa, por favor tráigala.
- ***Notifique a su cirujano si desarrolla síntomas de resfriado, fiebre u otras dolencias, ya que podría ser necesario posponer su procedimiento.**
- Remueva todo maquillaje y barniz de uñas. Dúchese la mañana de la cirugía; tal vez su médico recomendará otros tipos de aseo antes de llegar a la cirugía. Si va a tener cirugía de la mano, será necesario remover las uñas artificiales.
- ***Si tiene usted un Poder Notarial de Salud para un Guardián o Tutor Legal, tiene que traer una copia firmada para nuestros récords.**
- **¡Tiene que hacer arreglos por anticipado para que alguien lo conduzca a casa!** No se le permitirá manejar su auto ni tomar un taxi para regresar. No puede salir solo de la instalación. Se le dará de alta sólo bajo el cuidado de un adulto capaz y responsable (**de 18 años de edad o mayor**) quien deberá firmar por usted y acompañarlo a casa.
- Usted recibirá medicamentos que alteran su percepción del tiempo. Por lo tanto, después de su cirugía, tal vez se sienta apurado. No le dejaremos ir a casa hasta estar seguros que está listo para salir del Surgery Center. Se le dará de alta 60 minutos después de la cirugía.
- Deje sus joyas y objetos de valor en casa. El Surgery Center no se hace responsable de ellos.
- Para los pacientes pediátricos, se recomienda que un miembro de la familia esté sentado en el asiento trasero del auto al regresar a casa.
- **Si tiene preguntas, sírvase contactar una enfermera en el 970-297-6303. ¡Anticipamos verlo pronto!**



CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA U OTRO PROCEDIMIENTO

CIRUGÍA U OTRO PROCEDIMIENTO: Yo, _____ autorizo al Dr. _____ / Asistente _____ (según sea necesario) o a cualquier otros médicos o asistentes necesarios para asistir en la operación/procedimiento que mi médico ha recomendado. Un asistente puede efectuar una o todas las intervenciones bajo la supervisión de mi cirujano primario: abrir y cerrar, preparar injertos, disecar tejido, remover tejido, implantar dispositivos, y alterar tejidos. El procedimiento quirúrgico que mi médico ha recomendado es:

ESTA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO SE HA RECOMENDADO PORQUE:

MIS OTRAS OPCIONES INCLUYEN: _____

Yo admito que he leído y entiendo los riesgos relacionados con anestesia. Al firmar este consentimiento, yo permito el uso de cualquier anestésico, sedativos u otros medicamentos según lo ordene mi cirujano, anesthesiólogo, o enfermero anestesista certificado trabajando bajo la dirección de un anesthesiólogo, según sea necesario. Yo entiendo que la administración de anestesia, incluyendo la sedación, conlleva ciertos riesgos más allá de aquellos relacionados con el procedimiento mismo. Estos riesgos incluyen pero no están limitados a : problemas respiratorios; problemas de presión arterial; frecuencia cardíaca irregular; irritabilidad; náusea y vómitos; somnolencia prolongada; daño a los dientes y/o trabajo dental; inestabilidad; falla para lograr sedación adecuada y/o posible concientización o recordación del procedimiento; reacciones alérgicas o inesperadas y posiblemente severas a las drogas; daño a un nervio; estadía prolongada en el hospital, y la muerte.

YO ENTIENDO QUE:

- Cualquier cirugía o procedimiento y el uso de anestesia conllevan algunos riesgos. Estos riesgos pueden ser graves, y en casos raros, resultan en la muerte.
- Los resultados del tratamiento no se garantizan y tal vez no curen la condición.
- Yo consiento a la presencia de observadores en el quirófano, tal como estudiantes, residentes médicos, representantes de equipo médico, u otros individuos apropiados aprobados por mi(s) médico(s).
- Estudiantes médicos pueden participar en mi cuidado quirúrgico bajo la supervisión directa de mi(s) médico(s)
- Yo consiento a la disposición de cualquier tejido humano o parte del cuerpo que pueda haberse removido durante la cirugía/procedimiento(s).
- Los riesgos abajo listados son los riesgos más comunes, pero no son todos los posibles riesgos asociados con esta operación o procedimiento.

RIESGOS: Los riesgos más comunes son sangrado, infección, daño a un nervio, coágulos de sangre, ataque cardíaco, reacciones alérgicas, pulmonía (neumonía) y muerte. Otros riesgos de esta operación o procedimiento en particular incluyen: _____

Su médico y proveedor de anestesia no son empleados del Center; ellos son agentes suyos. El Surgery Center es responsable por, y provee servicios enfermeros y procesales de apoyo. El Surgery Center no es responsable por las acciones del cirujano ni del proveedor de anestesia.

Si durante mi cirugía el doctor descubre una necesidad médica inesperada, yo le autorizo a él/ella a proveer el/ los tratamiento/s necesario/s. Mi doctor me ha explicado totalmente el procedimiento quirúrgico en palabras que yo entiendo, he leído y entiendo totalmente este consentimiento, y todas mis preguntas han sido contestadas. **No firme** a menos que haya leído y entienda totalmente esta forma.

Paciente/Persona responsable _____ Fecha _____ Hora _____

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Médico _____ Fecha _____ Hora _____

HARMONY SURGERY CENTER, LLC
Formulario de evaluación de ingreso del paciente

Alergias (medicamentos, látex, productos): <input type="checkbox"/> Ninguna		
¿Necesita usted o su persona responsable información sobre lo siguiente (encierre en un círculo las necesidades)?		
Medicamentos	Tratamiento/procedimientos	Enfermedad actual
Atención de seguimiento	Dieta/nutrición	Higiene/aseo personal/atención bucal
Atención en casa	Recursos de la comunidad	Equipo
¿Método de aprendizaje preferido (encierre en un círculo)? Escuchando Demostración Lectura Práctica Otro:		
Barreras/necesidades sociales relacionadas con la salud (encierre en un círculo): Cognitivas Audición Educación/comprensión		
Idioma Transporte Vista Emocional Físicas Inseguridad alimentaria o de vivienda Otras:		
Evaluación del dolor: ¿Tiene dolor actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí: Nivel de dolor (1-10) _____		
Lugar:	Descripción (encierre en un círculo): Sordo Agudo Ardiente Punzante	
Tratamiento actual del dolor:		
Mencione todas las cosas que lleva consigo:		
Nota: HSC no se hace responsable de las cosas que usted trae. Entregue todos los objetos de valor a la persona que lo acompaña para que se los lleve a casa.		
¿Quién lo llevará a casa hoy? (Se recomienda que tenga un adulto responsable con usted por 24 horas después del procedimiento):		
Nombre del acompañante: _____ Teléfono: _____		
**Antes del alta, ¿le da permiso a nuestro personal para repasar la información del procedimiento, los medicamentos y las instrucciones para el alta con su acompañante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Historia médica:	Sí	No
¿Convulsión/derrame cerebral u otro problema neurológico? Describir:		
¿Problemas con el corazón? Describir:		
¿Presión en el pecho, dolor de pecho?		
¿Falta de aire al hacer esfuerzo o ejercicio?		
<input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Desfibrilador		
<input type="checkbox"/> Stent cardíaco <input type="checkbox"/> Stent vascular <input type="checkbox"/> Bypass cardíaco		
¿Presión alta?		
¿Medicamentos anticoagulantes/ problemas de coagulación?		
¿Toma aspirin o medicamentos similares a la aspirin (por ejemplo, Motrin, Aleve, Ibuprofen, etc.)? Última dosis:		
¿Trastorno sanguíneo? Describir:		
¿Trastorno autoinmune? Describir:		
¿Problemas pulmonares o problemas para respirar? Describir:		
¿Oxígeno suplementario? Actualmente <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/> Vapea <input type="checkbox"/> Productos de tabaco		
¿Alguna vez ha fumado? ¿Cuándo lo dejó?		
Apnea del sueño <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Oxígeno por la noche		
¿Problemas de los riñones?		
¿Problemas gastrointestinales?		
¿Acidez frecuente?		
¿Problemas de hígado?		
¿Diarrea o calambres abdominales? ¿Por cuánto tiempo?		
¿Diabetes o niveles altos de azúcar en la sangre? <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Paratiroides <input type="checkbox"/> Problemas de las glándulas suprarrenales		
Cáncer:		
¿Lo han operado de algo de lo siguiente? <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Cerebro/columna <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Implantes		

	Sí	No
¿Ha estado hospitalizado en los últimos 90 días? Describir:		
¿Tiene actualmente una condición contagiosa o infecciosa? Describir:		
Enfermedad, infección o fiebre en las últimas 2 semanas		
¿Ha tomado esteroides (por ejemplo, Prednisona) durante el último año?		
Sufre de: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> PTSD o <input type="checkbox"/> Ataques de pánico		
¿Fuma o consume marihuana? Último consumo:		
¿Consumo drogas recreativas? Último consumo:		
Bebe alcohol <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanal		
<input type="checkbox"/> Dentaduras postizas o problemas con los dientes		
¿Problemas en los ojos o la vista? <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto		
¿Problemas de audición? <input type="checkbox"/> Aparatos auditivos		
Usa <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón		
¿Se opone a los productos de la sangre bajo cualquier circunstancia?		
Problemas con la anestesia (propio o de un familiar consanguíneo) Describir:		
¿Tiene alguna preocupación sobre la anestesia? Describir:		
¿Hay alguna posibilidad de que esté embarazada? <input type="checkbox"/> N/A		
¿Fecha de su último periodo menstrual? <input type="checkbox"/> N/A		
<input type="checkbox"/> Actualmente está amamantando <input type="checkbox"/> N/A		
Encierre en un círculo si Menopausia <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> corresponde:		
¿Tiene usted una directiva anticipada? <input type="checkbox"/> Directiva de CPR <input type="checkbox"/> Testamento en vida <input type="checkbox"/> Poder <input type="checkbox"/> Otros		
¿Quién es su médico de atención primaria?		
Estatura: _____ Peso: _____		
Firma del paciente o persona que completa el formulario: X		

Conciliación de Medicamentos

Al paciente: Sírvase indicar todos los medicamentos que toma con regularidad (incluyendo aquellos sin receta y preparaciones herbales).

Nombre del Medicamento	Dosis	Vía de Administración	Frecuencia	Última vez que lo tomó	RN to complete: Continue after discharge <u>OR</u> refer to prescribing physician:	
					CONTINUE	REFER to MD
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nuevas Recetas	Dosis	Vía de Administración	Frecuencia	Última vez que lo tomó	Uso
1.					
2.					
3.					
4.					

He revisado esta lista y entiendo las instrucciones. Se me proveerá una copia de esta lista al dárseme de alta. Sírvase notar, todos los medicamentos marcados "REFIERA AL DR." deberán clarificarse con el médico que los receta antes de continuarlos.

Firma del Paciente/Persona responsable: _____ Fecha: _____

RN Signature: _____ Fecha: _____