

LOS ANGELES GENERAL MEDICAL CENTER

Instrucciones de alta después de la sedación moderada/profundo

Usted (el paciente) ha sido tratado con sedación moderada. Usted recibió un medicamento que puede causarle los siguientes efectos secundarios:

- Somnolencia, mareo, o confusión
• Olvidadizo a daño en la memoria
• Incapacidad para caminar erguido o hacer actividades pesadas
• Cambios en la visión, como visión borrosa o dificultad para enfocarse

Usted (el paciente) pudiera sentir algunos de estos efectos secundarios o pudiera tener síntomas leves, pero sin notar algún cambio en la forma en que se siente o actúa. Debido a que recibió esos medicamentos, le estamos dando las siguientes instrucciones.

- NO maneje (automóvil, bicicleta, o maquinaria pesada) por 24 horas
• NO opere maquinaria por 24 horas
• NO tome bebidas alcohólicas por las menos por 24 horas
• NO tome decisiones importantes, personales o de negocios por 24 horas
• NO tome medicamentos para el dolor o la ansiedad por 24 horas a menos que se las haya recetado su médico
• NO permita que los niños se bañen solos por las próximas 24 horas
• Muévase lenta y cuidadosamente, no hagan movimientos bruscos. Este atento al mareo o vértigo
• Tome suficientes líquidos (coma agua o jugo). Puede llevar una dieta regular o la que su médico le haya recomendado. Si no siente malestares, los niños pueden empezar a ingerir comida sólida o tomar líquidos.
• PARA INFANTES - uno de los padres debería viajar junta al niño en el asiento de seguridad para bebés para asegurarse de que pueda respirar libremente. Si pareciera que el niño tiene dificultad para respirar o no se puede despertar, debe llamarse al 911 inmediatamente.

Si usted (el paciente) experimenta complicaciones o si tiene alguno de los efectos secundarios mencionados anteriormente por más de 24 horas, póngase en contacto con su médico o vaya a la sala de emergencias más cercana. Traiga consigo este papel y muéstreselo al médico o enfermera encargado de su cuidado.

He recibido y entendido estas instrucciones.

Fecha: _____ Hora: _____

Adulto responsable: _____

Firma Nombre Relación con el paciente

Instrucciones dadas por: _____
Nombre (Enfermera/Médico)

IMPRINT I.D. CARD (NAME MRUN CLINIC/WARD)

