



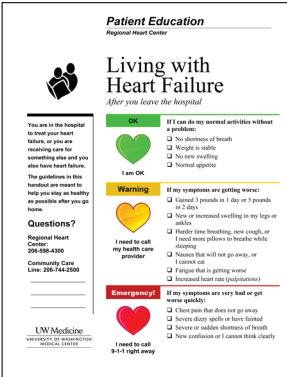







Mis objetivos para el alta del hospital








Fecha de alta objetivo: _____ El médico que visitaré cuando me vaya a casa: _____

Mi salud hoy día	Objetivos para hoy día	Lista de verificación para el alta
<p> <input type="radio"/> Verde <input type="radio"/> Amarillo <input type="radio"/> Rojo    </p>	<p>Fecha: _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tengo el manual “Living with Heart Failure” (Vivir con insuficiencia cardíaca). <input type="checkbox"/> Llevo un seguimiento de mis valores y de la forma en que me siento (verde-amarillo-rojo) cada día. <input type="checkbox"/> Sé cuándo y a quién debo llamar. <input type="checkbox"/> Tengo una balanza en mi hogar. <input type="checkbox"/> Tengo un manguito para medir la presión arterial en mi hogar. <input type="checkbox"/> Se por qué motivos y de qué manera tengo que tomar mis medicamentos. <input type="checkbox"/> Tengo un organizador de medicamentos (Mediset). <input type="checkbox"/> Puedo pagar por mis medicamentos. <input type="checkbox"/> Tengo ayuda en mi hogar. <input type="checkbox"/> Puedo llegar a mis citas de atención médica. <input type="checkbox"/> Tengo una cita de seguimiento dentro de los 7 días del alta. <input type="checkbox"/> Puedo recibir asesoramiento nutricional después del alta. Puedo pedirle una referencia a mi médico o puedo llamar al 206-598-6004.
<p>Peso</p> <p>Peso objetivo: _____ kg/lbs</p> <p>Fecha: _____ kg/lbs</p> 		
<p>Análisis de laboratorio</p> <p>Creatinina: _____</p> <p>Potasio: _____</p> <p>INR: _____</p>		
<p>Signos vitales</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Mis preguntas para el equipo</p>	
<p>Restricción de líquidos: _____</p> <p>Restricción de sodio: _____ mg</p>		



My Goals for Discharge from the Hospital

Goal discharge date: _____ Doctor I will see when I go home: _____

My Health Today	Today's Goals	Discharge Checklist
<p> <input type="radio"/> Green <input type="radio"/> Yellow <input type="radio"/> Red    </p>	<p>Date: _____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I have the "Living with Heart Failure" handout. <input type="checkbox"/> I am tracking my numbers and how I feel (green-yellow-red) daily. <input type="checkbox"/> I know when and who to call.
<p>Weight</p> <p>Goal weight: _____ kg/lbs</p> <p>Date: _____</p> <p>_____ kg/lbs</p>  <p>Labs</p> <p>Creatinine: _____</p> <p>Potassium: _____</p> <p>INR: _____</p>	<p>My Questions for the Team</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I have a scale at home. <input type="checkbox"/> I have a blood pressure cuff at home. <input type="checkbox"/> I know why and how to take my medicines. <input type="checkbox"/> I have a mediset. <input type="checkbox"/> I can pay for my medicines. <input type="checkbox"/> I have support at home. <input type="checkbox"/> I can get to my health care appointments.  
<p>Vital Signs</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Fluid Restriction: _____</p> <p>Sodium Restriction: _____ mg</p>	<p>My Questions for the Team</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> I have a follow-up appointment within 7 days of discharge. <input type="checkbox"/> I can have nutrition counseling after discharge. I can ask my doctor for a referral, or I can call 206-598-6004. 

Patient Education
Regional Heart Center

Living with Heart Failure
After you leave the hospital

OK If I can do my normal activities without a problem:

- No dizziness or fainting
- Weight is stable
- No new swelling
- Normal appetite

I am OK

Warning If any symptoms are getting worse:

- Cough or phlegm is 1/2 cup or greater in 2 days
- New or increased swelling in my legs or ankles
- Harder time breathing, new cough, or I need more pillows to breathe while sleeping
- Nausea that will not go away, or I cannot eat
- Fatigue that is getting worse
- Increased heart rate (palpitations)

Questions?

Regional Heart Center
206-696-4400
Community Care Line: 206-744-2100

Emergency! If any symptoms are very bad or get worse quickly:

- Chest pain that does not go away
- Severe dizziness or fainting
- Severe or sudden decrease of breath
- New confusion or I cannot think clearly

I need to call 9-1-1 right away

LW Medicine
UNIVERSITY OF WASHINGTON
MEDICAL CENTER