







Mi calendario: recupérese con seguridad y rapidez | Siga estos pasos antes y después de su cirugía

Anestesia  Cita: _____ Fecha de la cirugía: _____ Ubicación: _____ Cita posoperatoria: _____

	La noche antes de la cirugía	La mañana de la cirugía	De 4 a 6 horas después de la cirugía	Primer día después de la cirugía	Segundo día después de la cirugía y días posteriores
Control del dolor 	<input type="checkbox"/> Continúe tomando sus medicamentos según lo indicado.	<input type="checkbox"/> Continúe tomando sus medicamentos según lo indicado.	<input type="checkbox"/> En el hospital: informe a la enfermera acerca de su nivel de dolor. <input type="checkbox"/> En el hogar: tome sus medicamentos según lo indicado. - Concéntrese en el control del dolor sin narcóticos. - Tome medicamentos narcóticos solo cuando sea necesario.	<input type="checkbox"/> En el hospital: informe a la enfermera acerca de su nivel de dolor. <input type="checkbox"/> En el hogar: tome sus medicamentos según lo indicado. - Concéntrese en el control del dolor sin narcóticos. - Tome medicamentos narcóticos solo cuando sea necesario.	<input type="checkbox"/> En el hospital: informe a la enfermera acerca de su nivel de dolor. <input type="checkbox"/> En el hogar: tome sus medicamentos según lo indicado. - Concéntrese en el control del dolor sin narcóticos. - Tome medicamentos narcóticos solo cuando sea necesario.
Cuidado bucal 	<input type="checkbox"/> Cepílese los dientes y use hilo dental. <input type="checkbox"/> Use enjuague bucal.	<input type="checkbox"/> Cepílese los dientes y use hilo dental. <input type="checkbox"/> Use enjuague bucal.		<input type="checkbox"/> Cepílese los dientes. <input type="checkbox"/> Use enjuague bucal.	<input type="checkbox"/> Cepílese los dientes y use hilo dental. <input type="checkbox"/> Use enjuague bucal.
Cuidado de la piel 	<input type="checkbox"/> Dúchese. <input type="checkbox"/> Utilice toallas húmedas para la piel, si se las proporcionaron. <input type="checkbox"/> No se afeite en la zona de la cirugía.	<input type="checkbox"/> Utilice toallas húmedas para la piel, si se las proporcionaron. <input type="checkbox"/> No se afeite en la zona de la cirugía. <input type="checkbox"/> No utilice maquillaje, loción, perfume, productos para el cabello ni joyas.	<input type="checkbox"/> Siga las instrucciones para el cuidado de las heridas.	<input type="checkbox"/> Siga las instrucciones para el cuidado de las heridas.	<input type="checkbox"/> Siga las instrucciones para el cuidado de las heridas.
Dieta 	<input type="checkbox"/> NO coma alimentos sólidos después de las 11 p. m. <input type="checkbox"/> Tome únicamente bebidas claras (agua, jugo de manzana sin pulpa, bebidas deportivas).	<input type="checkbox"/> Tome una bebida con carbohidratos (bebida deportiva o agua) 2 horas antes de su ingreso al hospital. <input type="checkbox"/> Hora de la bebida: _____ Bébala por completo en 15 minutos.	<input type="checkbox"/> Coma los alimentos sólidos que tolere o que su cirujano le indique. <input type="checkbox"/> Beba líquidos.	<input type="checkbox"/> Coma los alimentos sólidos que tolere o que su cirujano le indique. <input type="checkbox"/> Beba líquidos.	<input type="checkbox"/> Coma los alimentos sólidos que tolere o que su cirujano le indique. <input type="checkbox"/> Beba líquidos.
Actividad 	<input type="checkbox"/> Siga su rutina habitual. <input type="checkbox"/> No fume ninguna sustancia. <input type="checkbox"/> No ingiera bebidas alcohólicas.	Hora de ingreso: _____ <input type="checkbox"/> Siga su rutina habitual. <input type="checkbox"/> No fume ninguna sustancia. <input type="checkbox"/> No ingiera bebidas alcohólicas. <input type="checkbox"/> Traiga una identificación con fotografía y la tarjeta de Kaiser Permanente. <input type="checkbox"/> Traiga una forma de pago. <input type="checkbox"/> Traiga una lista de sus medicamentos. <input type="checkbox"/> Traiga este calendario.	<input type="checkbox"/> Camine 20 pies con ayuda. O BIEN Haga ejercicios con la parte superior del cuerpo. <input type="checkbox"/> Eleve la cabecera de la cama a 30 grados. <input type="checkbox"/> Utilice un espirómetro incentivo al menos 6 veces cada hora mientras esté despierto, si corresponde.	<input type="checkbox"/> Camine 5 veces al menos 20 pies. O BIEN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haga ejercicios con la parte superior del cuerpo. <input type="checkbox"/> Utilice un espirómetro incentivo al menos 6 veces cada hora mientras esté despierto, si corresponde.	<input type="checkbox"/> Camine 5 veces al menos 20 pies. O BIEN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haga ejercicios con la parte superior del cuerpo. <input type="checkbox"/> Permanezca fuera de la cama durante 6 horas, si corresponde. <input type="checkbox"/> Utilice un espirómetro incentivo al menos 6 veces cada hora mientras esté despierto, si corresponde.
Instrucciones adicionales: 	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____

* Estas instrucciones son recomendaciones generales para ayudarlo a lo largo del proceso de la cirugía y no sustituyen ninguna de las indicaciones de su cirujano. Si tiene alguna pregunta, consulte a su cirujano.