



Folleto de Instrucciones Preoperatorias



TÚ DEBE LLEGAR CON UNA HORA DE ANTELACIÓN A LA CIRUGÍA PROGRAMADA O ESTA SERÁ REPROGRAMADA

HORA DE LLEGADA Y DÍA DE LA CIRUGÍA

- **Debe estar acompañado y debe recogerle un adulto mayor de 18 años.** Si no viene con el adulto responsable, se le dará una nueva cita con una COMISIÓN DE REPROGRAMACIÓN DE \$500.
- Dúchese la noche anterior y la mañana de su cirugía. Frótese bien con el jabón inhibidor de gérmenes. Lávese el pelo con champú la mañana de la cirugía.
- NO use maquillaje, cremas, lociones, geles para el cabello, aerosoles, perfumes, polvos o desodorantes en la piel, el cabello o la cara.
- NO lleve lentes de contacto a la cirugía. Use sus gafas y traiga el estuche para las mismas.
- Use ropa cómoda y holgada: Recomendamos una camiseta con botones y un pantalón de tiro alto con zapatillas planas. No utilice una camisa u otra prenda que tenga que ponerse por la cabeza.
- No traiga ninguna joya u objetos personales. Goals no se hace responsable de objetos perdidos, desaparecidos, robados o dañados.
- Por favor, **coma algo ligero antes del procedimiento.**
- Por favor, **si está en su ciclo menstrual** lleve puesto un tampón durante el procedimiento.
- Por favor, **llegue al menos 60 minutos antes** de la hora programada de la cirugía.
- Debe usar mascarilla y llegar a tiempo.
- Revisaremos su contrato, y cualquier formulario de consentimiento que sea oportuno.
- Repasaremos su procedimiento y responderemos a cualquier pregunta que tenga.
- También se le dará medicación.

Inicial del Paciente _____

MEDICACIÓN

- **Recogida.** Los medicamentos son enviados a la farmacia que aparece en su expediente el día anterior a su procedimiento. No puede cambiar su farmacia con menos de 14 días de antelación a la fecha de su cirugía. Los medicamentos suelen estar disponibles para su recogida a las 5 PM EST el día anterior a la cirugía.
- Debe traer con usted todos los medicamentos que su cirujano envió a la farmacia para su cirugía, si no trae ningún medicamento incurrirá en una **sanción de \$150 por no traerla.**
- **La noche anterior.** La noche anterior a la cirugía debe tomar únicamente los antibióticos y continuar tomándolos cada 12 horas hasta que se termine la medicación.
- **Traiga todos los medicamentos que se le han recetado el día del procedimiento.**
- A su llegada, le entregaremos el resto de la medicación. Estos medicamentos deben ser tomados bajo supervisión, para documentar la fecha y hora de su ingesta.

Inicial del Paciente _____

CUIDADO EN CASA

- **Suministros.** Compre protectores desechables para colocarlos en la cama después de la cirugía y MaxiPads de Kotex para colocarlos sobre las incisiones.
- **No limpie las incisiones** ni utilice ningún limpiador. Mantenga sus vendajes tan limpios y secos como le sea posible. No los retire a menos que se lo indiquen.
- Compre **esparadrapo y guantes quirúrgicos** para el cuidado en casa.
- No se duche después del procedimiento el día de la cirugía.
- **Supervisión.** Si se va a casa, un familiar o amigo (un adulto responsable) debe conducir. Si es posible, alguien debería pasar la noche con usted.
- **No fume.** Fumar reduce el flujo capilar de la piel. Le aconsejamos que no fume en absoluto durante las primeras 6 semanas posteriores a la cirugía.
- **Dieta.** Si tiene náuseas postoperatorias, las bebidas gaseosas y las galletas secas (saladas) pueden asentar el estómago. Si las náuseas son severas, use el supositorio. Si se siente bien, empiece con líquidos y alimentos suaves y, si los tolera bien, continúe con una dieta regular.
- **Tratamientos postoperatorios.** El tratamiento de drenaje linfático está programado para un día después de su procedimiento. Es muy importante que siga el horario de cualquier cita postoperatoria que establezcamos después de la cirugía.
- **IMPORTANTE: Llame a nuestra oficina al +1 (833) 462-5769 (Línea Directa 24/7) en cualquier momento:**
 - Si tiene fiebre (100.4 Fahrenheit o más).
 - Si observa un enrojecimiento o una inflamación inusual, cualquier área caliente al tacto, cualquier secreción de color amarillo o verde.
 - Si nota algún olor desagradable, o cualquier aumento repentino del dolor o sensibilidad.

Inicial del Paciente _____

ESTA DISPOSICIÓN DE ARBITRAJE LIMITA SUS DERECHOS, INCLUYENDO SU DERECHO A EMPRENDER ACCIONES JUDICIALES. POR FAVOR, LÉALA DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR.

ME HAN DADO UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO SOBRE INSTRUCCIONES PREOPERATORIAS PARA MIS EXPEDIENTES, ASÍ COMO EL FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE. HE LEÍDO ESTE ACUERDO EN SU TOTALIDAD; ENTIENDO LAS NORMAS Y REGULACIONES CONTENIDAS EN ESTE ACUERDO Y ACEPTO REGIRME POR LAS MISMAS.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del Paciente: _____

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19)

Para protegerles a todos, incluyendo al personal, y seguir las directrices del CDC pedimos a todos los visitantes que completen el siguiente cuestionario.

¿En los últimos 3-14 días, ha...:

1. **¿Viajado hacia y/o desde uno de los países o regiones afectadas?** A fecha de marzo de 2020, esos países son: Europa, China, Irán y Corea del Sur.
2. **¿Estado en contacto con una persona infectada con el nuevo Coronavirus (Covid-19) sin usar el PPE apropiado?**
_____ **Sí** _____ **No**
3. **¿Ha padecido los siguientes síntomas en los últimos días?** Se sintió mal, especialmente con síntomas respiratorios (tos, fiebre alta, falta de aliento, dificultad para respirar)

Nota: Aunque pase la evaluación tendrá que seguir usando mascarilla al llegar al centro de cirugía.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso del Paciente: _____