

SALUD



**SECRETARÍA
DE SALUD**

**PLAN DE ALTA
DE LOS SERVICIOS DE
ENFERMERÍA**

**HOSPITAL
JUÁREZ
DE MÉXICO** 
ENFERMERÍA

ENERO/2010

INTRODUCCIÓN

Las necesidades de cuidados y la continuidad de estos es una tarea inherente y primordial del personal de salud y de manera particular del Personal de Enfermería. El principal objetivo de esto es que el paciente y su familia egresen a su domicilio con indicaciones precisas, fáciles de entender y de llevar a cabo en su hogar dentro de un ámbito familiar.

El plan de alta se define como "La continuidad de cuidados en su domicilio" mismo que se lleva a efecto de manera coordinada entre el equipo de salud que comprende al personal Médico, de Enfermería y de Trabajo Social además de manera implícita a la familia de aquel que egresa a su domicilio.

El Plan de alta busca asegurar cuidados acordes con las necesidades y los requerimientos de todo aquel paciente que egrese del Hospital Juárez de México, por mejoría, a su domicilio, el cual deberá constituirse como una "Guía Básica" de cuidados con miras a mejorar y asegurar los cuidados integrales necesarios en el domicilio, con el fin de mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS

- Lograr la adaptación en el Hogar mediante cuidados específicos en colaboración del familiar.
- Mejorar la Calidad de Vida en el Hogar, de los pacientes egresados por mejoría.
- Asegurar una Intervención Integral en el Hogar

LIMITES

LUGAR: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

TIEMPO: A PARTIR DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2010

ESPACIO: -Iniciar- SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESPONSABLES

PERSONAL DE ENFERMERÍA ADSCRITO AL 4º PISO SUR DEL HJM.

PERSONAL MEDICO ADSCRITO AL 4º PISO SUR DEL HJM

PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL ADSCRITO AL 4º PISO DEL HJM

PACIENTES EGRESAD@S POR MEJORIA DEL 4º PISO DEL HJM



HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
DIRECCION MÉDICA
PLAN DE ALTA



Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Expediente: _____ Fecha de Egreso: _____

ALIMENTACION	
INDICACIONES DE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS	
ACTIVIDAD/EJERCICIO	
TRATAMIENTO	

HIGIENE	
ELIMINACION	
IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA	
OTRAS RECOMENDACIONES	

Fecha	Nombre y firma de la enfermera	Nombre y firma del médico	Nombre y firma de trabajadora social

RECIBE INFORMACION:

Nombre y firma

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE PLAN DE ALTA

1.- Datos de Identificación

- 1.1 Anota apellidos y nombre completo del paciente.
- 1.2 Registra la edad en años cumplidos del paciente.
- 1.3 Escribe el género del paciente.
- 1.4 Anota número de expediente del paciente.
- 1.5 Registra la fecha de egreso del paciente.

2.- Alimentación

- 2.1 Anota el tipo de dieta indicada.
- 2.2 Escribe los alimentos permitidos y no permitidos.

3.- Indicaciones de uso seguro de medicamentos

- 3.1 Escribe los efectos adversos de los medicamentos indicados.
- 3.2 Anota las interacciones medicamentosas.
- 3.3 Registra las indicaciones especiales para algún medicamento.

4.- Actividad/ Ejercicio

- 4.1 Anota la actividad física permitida de acuerdo al padecimiento del paciente.

5.- Tratamiento

- 5.1 Registra el tratamiento médico y las medidas específicas de su cuidado.

6.- Higiene

- 6.1 Escribe las medidas de higiene que debe de tener el paciente en su domicilio.

7.- Eliminación

- 7.1 Anota la orientación al paciente relacionada con el cuidado de la vía de eliminación corporal.

8.- Identificación de signos de alarma

- 8.1 Escribe los signos de alarma que el paciente necesita identificar para evitar complicaciones.

9.- Otras recomendaciones

- 9.1 Registra alguna recomendación específica de su tratamiento.
- 9.2 Anota la orientación acerca del trámite para citas subsecuentes.

10.- Anota Fecha en que se llena el formato.

- 10.1 Anota el nombre y firma de la enfermera que otorga la información.
- 10.2 Registra el nombre y firma del médico que otorga información.
- 10.3 Escribe el nombre y firma del trabajador social que otorga información.

11.- Recibe información

- 11.1 Anota nombre y firma de la persona que recibe la información.