



Room # # de Cuarto		<input type="checkbox"/> Admit Admisión	<input type="checkbox"/> OR Quirófano	 	7
		<input type="checkbox"/> Home A Casa	<input type="checkbox"/> Transfer Transferir		
My Care Team Mi Equipo de Cuidados		Plan of Care Plan de Cuidado			8
Nurse Enfermero(a)	ED Tech Técnico de Emergencias	Fall Risk: Yes / No Riesgo de Caída: Si/No	Safety- Bed down, side rails up Seguridad- cama abajo, barandas arriba		9
		Check if following items apply: Marque Los siguiente sólo si aplica:			10
Charge Nurse Enfermera a Cargo	Physician(s) Médicos	<input type="checkbox"/> Please Do NOT Eat or Drink until ok'd by the doctor Por favor no coma ni beba hasta que lo indique el médico			11
		<input type="checkbox"/> Medications Medicamentos			12
Other Providers Otros Proveedores		<input type="checkbox"/> Respiratory Therapy Tests Pruebas de Terapia Respiratoria			1
Family Communication and Questions Comunicación Familiar y Preguntas		Estimated Times Tiempo estimados			2
		Pain Medication - Reassessment	Up to 1 hour (Hasta 1 hora)		3
		X-Ray - Rayos-X	1 hour (Hora)		4
		CT Scan - Tomografía	1 - 2 hours (Hora)		5
		Lab Work - Laboratorios	1 - 2 hours (Hora)		6
		Ultrasound - Ultrasonido	2 hours (Hora)		7
		MRI - Resonancia Magnética	2 - 4 hours (Hora)		8
My Comfort Mi Confort					9
Pain Goal: Meta para el dolor		Pain Management / Comfort Measures Manejo del Dolor/Medidas para su Comodidad			10
On Arrival Cuando Llegó 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No Pain Moderate Pain Worst Possible Pain Sin Dolor Dolor Moderado Peor Dolor Possible		Now Ahora 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No Pain Moderate Pain Worst Possible Pain Sin Dolor Dolor Moderado Peor Dolor Possible			11

