









|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>Date</b><br>Fecha  | <b>Room #</b><br>Número de Cuarto<br><br><b>??A</b>  |   |   |
| <b>My Name</b><br>Mi Nombre   | <b>Room #</b><br># Telefónico del Cuarto<br><br><b>??B</b>   | <b>Family/Contact(s)</b><br>Familia/ Contactos(s)<br><br>  | <b>Preferred Language</b><br>Lenguaje Preferido |
| <b>My Care Team</b><br>Mi Equipo de Cuidados  |  | <b>Excellent Care</b><br>Excelente Cuidado   |   |
|  <b>Nurse</b><br>Enfermero(a)<br><br>  |  <b>Clinical Assistant</b><br>Asistente Clínico<br><br> | <b>Today's Plan</b><br>Plan del día  |   |
|  <b>Charge Nurse</b><br>Enfermera a Cargo<br><br>  | <b>Therapies</b><br>Terapistas<br><br>   |  |   |
|  <b>Physician(s)</b><br>Médico   | RT<br><br>PT<br><br>OT   |  |   |
| <b>Other Providers</b><br>Otros Proveedores   | ST   |  |   |
| <b>Activity:</b><br><input type="checkbox"/> Independent <input type="checkbox"/> Bed Alarm <input type="checkbox"/> Assist 1 <input type="checkbox"/> Supervision in Bathroom<br><input type="checkbox"/> Bed Rest <input type="checkbox"/> Chair Alarm <input type="checkbox"/> Assist 2 <input type="checkbox"/> Log Roll <input type="checkbox"/> HOB Flat<br><b>Walk / Turn Q2hrs:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  | <b>Care Transition</b><br>La Transición del Cuidado  |   |
| <b>My Comfort</b><br>Mi Confort   |  |  |   |
| <b>Pain Level</b><br>Nivel de dolor   |  | <b>Goal</b><br>Meta  |   |
| <b>Pain Medications</b><br>Medicamentos para el dolor   |  | <b>Next Dose Available</b><br>Siguiente dosis disponible   |   |
| <b>Other Comfort Measures</b><br>Otros medios de confort  |  | <b>Family Communication and Questions</b><br>Comunicación Familia y Preguntas  |   |

