



## DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD

## FORMULARIO DE EDUCACIÓN PARA EL PACIENTE PREVIA AL TRATAMIENTO

Número de documento: HB-FR-99  
Fecha de publicación: 16.12.2023  
Número de revisión: 00  
Fecha de revisión:  
Número de página: 1/1

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	:		DEPARTAMENTO	:	
PROTOCOLO NO	:		EDAD	:	
FECHA	:		ENTRENADO	FORMACIÓN IMPARTIDA	NO SE DA ENTRENAMIENTO
<b>TEMA DE EDUCACIÓN/INFORMACIÓN</b>					
Educación sobre el curso y tratamiento de la enfermedad.	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicamentos a utilizar y normas de uso.	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipos de atención y dispositivos médicos que utilizará el paciente	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El autocuidado necesita capacitación, como la movilización y la excreción.	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lactancia Materna, Extracción y Almacenamiento de Leche	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ejercicios	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nutrición y dieta para su enfermedad	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asuntos a considerar por el paciente durante las prácticas asistenciales	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene de Manos y Prevención de Infecciones	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacitación sobre recomendaciones para dejar de fumar	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacitación sobre prevención de caídas de pacientes	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de Pulsera Identificadora	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Separación de basura	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de camas y muebles para pacientes	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EĞİTİM VEREN Adı Soyadı/ İmza					
<b>INFORMACIÓN</b>					
Horarios de desayuno, meriendas y comidas.	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opiniones, Sugerencias, Quejas y Normas a Seguir por el Paciente y sus Familiares	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Horarios y normas de visita (entre 10:00 y 22:00)	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de teléfono/televisión	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso de Aseo y Baño (Solicitud de toalla y champú)	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso del sistema de llamada a enfermeras	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El uso y la importancia del desinfectante de manos en las habitaciones de los pacientes	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso del refrigerador	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visitas Diarias del Médico	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso del asiento del acompañante	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso del aire acondicionado	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usando Internet	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cafetería	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Derechos del paciente	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plan de Emergencia del Departamento	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vídeos informativos para pacientes y acompañantes	Paciente <input type="checkbox"/>	Pariente del paciente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Educador  
Nombre Apellidos / Firma

Aprendiz

Nombre Apellidos / Firma