



Name: _____

Medical Record # _____

DISCHARGE INSTRUCTION SHEET - Hoja de instrucciones de salida**LAB/XRAY - Laboratorio/rayos-x****MEDICATIONS - medicinas****WHAT YOU SHOULD DO AT HOME - que debe hacer en casa****FOLLOW-UP - seguimiento**

**I have read these instructions, and understand them as they have been explained to me.
*Lei estas instrucciones y las entiendo de la forma en que me los explicaron.***

PATIENT SIGNATURE / Firma del Paciente_____
DATE / Fecha_____
STAFF SIGNATURE / Personal_____
TITLE / Título_____
DATE / Fecha_____
INTERPRETER SIGNATURE / Interprete_____
DATE / Fecha**COPY TO PATIENT / Copia del Paciente**

HOPE Medivan - Form 917 (2/2015)