

## Recursos Locales

### **Dirección de Nebraska Medicine Hospital**

Nombre del Paciente  
Patient Mail  
Número de Habitación si lo tiene  
PO Box 6159  
Omaha, NE 68106-0159

**Nebraska Medicine Información General**  
402.559.4000

**Solid Organ Transplant Unit, Level five  
Clarkson Tower**

**Unidad de trasplante de órganos sólidos,  
nivel cinco, Torre Clarkson**  
402.552.2051

**Surgical ICU (SICU), Level eight,  
Clarkson Tower**

**UCI quirúrgica (SICU), nivel ocho, Torre  
Clarkson**  
402.552.3850

**Social Work/Trabajo Social** 402.559.4420

**Nearest Hospital Pharmacy  
Farmacia del hospital más cercana**  
Nebraska Medicine Pharmacy  
Durham Outpatient Center, Level two  
402.559.5215

**Closest Retail Pharmacy  
Farmacia al por menor más cercana**  
Walgreens  
225 North Saddle Creek Road, Omaha, NE  
68131  
402.551.1797

**Closest Target más cercano**  
7200 Dodge St, Omaha, NE 68114  
402.390.8880

**Closest Walmart más cercano**

1606 S 72nd St., Omaha, NE 68124  
402.393.9560

**Nearest Grocery Store/Supermercado  
más cercano**  
Baker's  
888 South Saddle Creek Road, Omaha, NE  
68106  
402.551.0613

## **Farmacia, laboratorio y clínicas de atención inmediata**

**Outpatient Pharmacy at/Farmacia  
ambulatoria en el Durham Outpatient  
Center**  
nivel dos, 43rd y Emile streets

Número de teléfono de Oficina:  
402.559.5215  
Número de teléfono gratuito: 800.233.3455  
De lunes a viernes, 7 a.m. to 9 p.m.  
Fines de semana y festivos,  
8:30 a.m. to 4:30 p.m.

**Servicios de laboratorios en Nebraska  
Medicine**  
Durham Outpatient Center, Level one  
43rd and Emile streets  
Número de teléfono de Oficina:  
402.559.8780  
De lunes a viernes, 6 a.m. to 6 p.m.  
Saturday, 6:30 a.m. to 12:30 p.m.

**Fred & Pamela Buffet Cancer Center Fast  
Track – Laboratorio**  
Fred & Pamela Buffet Cancer Center,  
505 S 45<sup>th</sup> St.  
Omaha, NE 68105

**Clínica Multispecialty Clinic en Village  
Pointe** 110 N 175<sup>th</sup> St.  
Omaha, NE 68118

Número de teléfono de Oficina:  
402.596.4411

**Eagle Run Health Center/Centro de Salud**

3685 N 129th St.  
Omaha, NE 68164

Número de teléfono de Oficina:  
402.595.3993

Número de atención inmediata:  
402.559.7800 De lunes a viernes, 6 to 10  
p.m.  
Fines de semana, 10 a.m. to 8 p.m.  
Dias festivos, 11 a.m. to 4 p.m.

**Midtown Health Center/Centro de Salud**

139 S 40th St.

Número de teléfono de Oficina:  
402.595.3939 Número de atención  
inmediata: 402.559.7800

De lunes a viernes, 6 to 10 p.m.  
Fines de semana, 10 a.m. to 8 p.m.  
Dias festivos, 11 a.m. to 4 p.m.

**Family Medicine at Bellevue Clinic**

2510 Bellevue Medical Center Drive  
Suite 200

Bellevue, NE 68123

Número de teléfono de Oficina:  
402.595.1451

Lunes, martes, jueves  
7:45 a.m. to 6 p.m.

Miercoles, viernes, 7:45 a.m. to 5 p.m.

Número de atención inmediata:  
402.559.7800

De lunes a viernes, 6 p.m. to 10 p.m.  
Fines de semana, 10 a.m. to 8 p.m.  
Dias festivos, 11 a.m. to 4 p.m.

**Chalco Health Center Clinic/Centro de  
Salud**

8343 S. 168th Ave.  
Omaha, NE 68136

Número de teléfono de Oficina:  
402.595.3993

Número de atención inmediata:  
402.559.7800

De lunes a viernes, 6 p.m. to 10 p.m.  
Fines de semana, 10 a.m. to 8 p.m.  
Dias festivos, 11 a.m. to 4 p.m.

**Plattsmouth Health Center/Centro de  
Salud**

1938 E Hwy 34  
Plattsmouth, NE 68048

Número de teléfono de Oficina:  
402.296.6009

De lunes a viernes, 8:30 a.m. to 5 p.m.  
Cerrado días festivos y fines de semana

## Patient Discharge Questionnaire **Cuestionario de alta del paciente**

1. Name the anti-rejection (Immunosuppression) medications you are taking since your transplant.

**1. Nombre los medicamentos contra el rechazo (inmunosupresión) que está tomando desde su trasplante.**

2. How often were you told to get your lab work drawn?

**2. ¿Con qué frecuencia le dijeron que hiciera su laboratorio?**

3. Who is your primary care physician (PCP) or family practice doctor?

**3. ¿Quién es su médico de atención primaria (PCP) o médico de familia?**

4. After discharge, where will you go to get your lab work done?

**4. Después del alta, ¿a dónde irá para realizar su trabajo de laboratorio?**

5. Robitussin®, Tylenol®, and Benadryl® are the three over-the-counter medications that are safe to take without a prescription.

**5. Robitussin®, Tylenol® y Benadryl® son los tres medicamentos de venta libre que son seguros de tomar sin receta.**

a.) True/Cierto

b.) False/Falso

6. Name the fruit or fruit juice that should never be taken because it increase the potency of anti-rejection (immunosuppression) medication.

**6. Nombre la fruta o el jugo de fruta que nunca debe tomarse porque aumenta la potencia de los medicamentos contra el rechazo (inmunosupresión).**

7. It is OK to take Motrin® or ibuprofen. **7. Está bien tomar Motrin® o ibuprofeno.**

a.) True/Cierto

b.) False/Falso

8. You should go to the emergency room or call 911 if you:

8. Debe ir a la sala de emergencias o llamar al 911 si:

a.) Tiene dolor en el pecho

b.) Tener un cambio en el nivel de conocimiento

c.) Tiene un dolor intenso o repentino

d.) Vomita o vomita sangre

e.) Desarrollar dificultad para respirar

f.) a, c y d

g.) todo lo anterior

a.) Have chest pain

b.) Have a change in level of consciousness

c.) Have a severe or sudden onset of pain

d.) Vomit or throw up blood

e.) Develop shortness of breath

f.) a, c, and d

g.) all of the above

9. What is the general time frame that you will be required to stay in Omaha after transplant?

9. ¿Cuál es el período de tiempo general que se le pedirá que permanezca en Omaha después del trasplante?

10. Should you have your lab drawn before or after your morning anti-rejection (immunosuppression) medication?

10. ¿Debería hacer que le extraigan el laboratorio antes o después de su medicamento antirrechazo (inmunosupresión) matutino?

11. Your anti-rejection (immunosuppressant) medications should be taken \_\_\_\_\_ hours apart at the same time each day.

11. Sus medicamentos contra el rechazo (inmunosupresores) deben tomarse con \_\_\_\_\_ horas de diferencia a la misma hora cada día.

12. A lotion or spray with sun protection factor (SPF) of \_\_\_\_ or greater is needed whenever you are in the sun to protect you from lip and skin cancer.

12. Se necesita una loción o aerosol con factor de protección solar (FPS) de \_\_\_\_ o mayor cada vez que esté al sol para protegerse del cáncer de labio y piel.

13. You should always get all your medications refilled at least 1 week before they run out.

13. Siempre debe reponer todos sus medicamentos al menos 1 semana antes de que se terminen.

a.) True/Cierto

b.) False/Falso

14. How many 8 ounce glasses of water are recommended every day?

14. ¿Cuántos vasos de agua de 8 onzas se recomiendan por día?

a.) 2-4

c.) 6-8

b.) 4-6

d.) 8-10

15. You should get a flu shot every year.

15. Debe vacunarse contra la gripe todos los años.

a.) True/Cierto

b.) False/Falso

16. The single most effective way to prevent the spread of infection is \_\_\_\_\_.

16. La manera más efectiva de prevenir la propagación de la infección es \_\_\_\_\_.

17. Physical activity is an important part of your recovery process.

17. La actividad física es una parte importante de su proceso de recuperación.

a.) True/Cierto

b.) False/Falso

18. After discharge, when are you to be seen in the clinic for a check-up?

18. Después del alta, ¿cuándo lo verán en la clínica para un chequeo?

19. It is OK to skip a dose of your anti-rejection (immunosuppressant) medication.

19. Está bien omitir una dosis de su medicamento antirrechazo (inmunosupresor).

a.) True/Cierto

b.) False/Falso

20. What is the phone number to call for all questions regarding your post-transplant patient care?

20. ¿Cuál es el número de teléfono al que debe llamar para todas las preguntas relacionadas con la atención del paciente después del trasplante?

## Who Are Your Doctors? ¿Quiénes son sus doctores?

**YOUR NAME** \_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH** \_\_\_\_\_

-----  
Please provide a list of all the doctors you would like your medical information sent to following your evaluation.

**REFERRING PHYSICIAN | THE DOCTOR THAT SENT YOU TO OUR PROGRAM FOR EVALUATION**

Name \_\_\_\_\_ Specialty \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City/State/ZIP \_\_\_\_\_

**PRIMARY CARE PHYSICIAN | THE DOCTOR YOU SEE FOR MEDICAL ISSUES SUCH AS A COLD**

Name \_\_\_\_\_ Specialty \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City/State/ZIP \_\_\_\_\_

**OTHER PHYSICIAN | NOT LISTED ABOVE THAT YOU WOULD LIKE NOTIFIED**

Name \_\_\_\_\_ Specialty \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City/State/ZIP \_\_\_\_\_

-----  
**LAB YOU WILL BE USING AT HOME**

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_

**LOCAL HOSPITAL YOU WOULD USE IN AN EMERGENCY**

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_

-----  
**MAY WE HAVE PERMISSION TO PROVIDE YOUR MEDICAL INFORMATION TO ANYONE ELSE?**

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_

*In case of emergency or we are unable to contact you, we may contact the above named person.*

**SIGNATURE** \_\_\_\_\_



## Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

