

**HOJA DE PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA  
INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

UNIDAD DE PROCEDENCIA:.....  
Telf:.....

CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA:.....

**Resumen del episodio asistencial** (motivo del ingreso; fecha, evolución y motivo del alta, si procede):

Alergias.....

**CAPACIDADES AUTOCUIDADO/NECESIDADES**

\* **RESPIRACIÓN:** Alterada: Sí  No   
(disnea, secreciones, O2, traqueostomía ...)

\* **ALIMENTACIÓN:**  
Total Autonomía  Ayuda Parcial  Dependiente   
(exceso/defecto, disfagia, dentadura postiza...)

Intolerancias.....  
Dieta.....

Sonda.....  
(Tipo, nº, fecha colocación ...)

\* **ELIMINACIÓN:**  
Fecal: Total Autonomía  Ayuda Parcial   
Dependiente   
(estreñimiento, diarrea, incontinencia, pañal, ostomía ...)

Patrón.....  
Urinaria: Total Autonomía  Ayuda Parcial   
Dependiente   
(Incontinencia, retención, sonda: tipo, nº y fecha de colocación)

\* **MOVILIDAD:**  
Total Autonomía  Ayuda Parcial  Dependiente   
(Andador, silla de ruedas, encamado, necesita cambios posturales, precisa ayuda, prótesis y tipo)

**Enfermera/o:** (Nombre y Apellidos, Fecha y Hora)

Etiqueta identificativa

Cuidador principal.....  
Parentesco.....  
Telf. de contacto.....

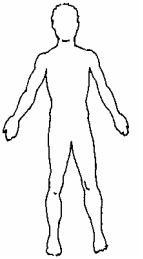
**Estado de piel y mucosas:**

Alterado: Sí  No

Riesgo de UPP (Braden):

Alto (<12)  Medio (13-15)  Bajo (>16)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



(herida quirúrgica, úlceras: tipo, tratamiento, cura, frecuencia...)

**Dolor**  No  Sí Intensidad (0-10).....  
Localización.....

**Seguridad:**

Estado de conciencia:.....  
(alerta, obnubilado, confuso, estuporoso, inconsciente..)

Riesgo de caídas Sí  No

Necesita elementos de seguridad: Sí  No   
Tipo.....

**VALORACIÓN ESPECÍFICA/  
RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

(Valoración específica según unidades o aspectos no contemplados antes; drenajes, vías, catéteres, suturas, fluidoterapia, nutrición enteral, tracciones, tratamientos pautados)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Diagnósticos de Enfermería:**

.....  
.....  
.....

*Derivaciones / Intervención de otros profesionales*  
(Fisioterapeuta, Trabajador Social...)

Fecha próxima cita en Hospital.....  
(Consultas Externas, Hospital de Día...)

**FIRMA:** \_\_\_\_\_