



HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE  
ALICANTE

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...)

Etiqueta identificativa

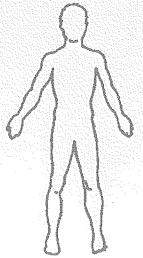
Cuidador principal .....  
Parentesco .....  
Telf. de contacto .....

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)

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

Fecha próxima cita en Hospital .....

(Consultas Externas, Hospital de Día...)

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

FIRMA: .....