

Paper Insert

Today's Date: SUN MON TUE WED THU FRI SAT		<h2>LOGO</h2>
Your care team for this shift is: Registered Nurse: _____ Tech: _____ Today's Doctor: _____ Discharge Planner: _____ Charge Nurse: _____ Other: _____		
Patient Plan of Care Expected Date of Discharge: _____ MUST MEET THESE GOALS FOR DISCHARGE GOAL: _____ 25% 50% 75% 100% GOAL: _____ 25% 50% 75% 100% DAILY CARE: _____ Bathing: _____ Oral Care: _____ Diet: _____ Activity/Mobility: _____ Pain Plan: _____ Next Pain Medications: _____ 		
Patient & Family Info Name: _____ Phone #: _____ Name: _____ Phone #: _____ Questions for the Doctor: _____ Other: _____		

Welcome to the BIRTHING CENTER Room: XXXXXX Phone: 970.495.7000 Patient name: Support personnel: SBH(s):		Today's date: Mon Tue Wed Thurs Fri Sat Sun Food Service Phone Number: 5.3663 My plan of care for today:
My Care Team OB provider: Labor nurse: Pharm: Baby provider: Baby nurse: OB Tech: Charge nurse: Pharm:		Your comfort and pain relief choices are important to us! Pain goal: Labor goal: Post-partum goal: Preferred comfort and pain relief options:
Questions for my Care Team _____ _____		
My family messages _____ _____		
Rapid Response Team: Dial 622		LOGO

Bienvenidos a la unidad de partos N° de habitación: XXXXXX N° de tel.: 970.495.7000 Nombre del paciente: Acompañante(s): Nombre(s):		Fecha de hoy: LU MA MI JU VI SA DO N° de tel. para ordenar comida: 5.3663 Mi plan de atención para hoy:
Miembros de su equipo de atención médica Obstetra: Enfermera durante el parto: N° de tel.: Médico del bebé: Enfermera del bebé: Técnico en obstetricia: Enfermero a cargo: N° de tel.:		¡El alivio del dolor y su comodidad son importantes! Nivel de dolor tolerable: Nivel de dolor tolerable durante el parto: Nivel de dolor tolerable después del parto: Métodos preferidos para sentirse más cómoda y aliviar el dolor:
Preguntas para el equipo médico _____ _____		
Mensajes de y para los familiares _____ _____		
Equipo de atención médica inmediata: llame al 622		LOGO



Welcome to Banner Fort Collins Medical Center		Today's Date
Your Care Team Nurse: Doctor: PCA: Housekeeper: Therapist(s):		Room # Room Phone: Nurse Manager: Activity: Diet: My Goals are:
Next dose available: Pain Goal:		Today's Plan
Are you in Pain? How Much? Let's work together to manage your pain and comfort		
		Questions/Comments _____ _____
Clean with water or denatured alcohol only as needed.		



Dave Bell 970-278-9980
 1546 Taurus Ct. Loveland Colo
 dave@highimpact-signs.com

- ★ English and Option for Spanish
- ★ Full Color Logo & Print No Extra Charge
- ★ Any Size Snap Frame
- ★ Optional Color Frames