

4 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS									
INGRESO A HOSPITALIZACION									
HIDRATACION									
CONSENTIMIENTOS INFORMADOS									
11/01/2021 - 12/01/2021									
I: LACTATO RINGER 1000CC PASAR 130 CC/HORA									
M:									
-PARACETAMOL 1 GRAMO INTRAVENOSO CADA 8 HORAS									
-METAMIZOL 1 GRAMO INTRAVENOSO CADA 8 HORAS									
-OMEPRAZOL 40 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 12 HORAS									
-ONDANSETRON 4 MILIGRAMOS INTRAVENOSO CADA 12 HORAS									
-KETOROLACO 30 MILIGRAMOS INTRAVENOSO POR RAZONES NECESARIAS									
INDICACIONES DE ALTA									
M:									
- PARACETAMOL 1G VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 7 DIAS									
- OMEPRAZOL 40MG VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 30 DIAS									
- MAGALDRATO DE SIMETICONA 10 ML VIA ORAL CADA 8 HORAS LUEGO DE CADA COMIDA									
LAVAR HERIDAS CON AGUA Y JABON DIARIO NO USAR ALCOHOL, UNGUENTOS, CREMAS									
A: AMBULATORIO ESTRICTO SUBIR Y BAJAR GRADAS									
D: SEGUN INDICACIONES DE NUTRICION									
S: CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN 8 DIAS									
O: INCENTIVO RESPIRATORIO 10 MINUTOS CADA HORA POR 2 SEMANAS									

5 DIAGNÓSTICOS INGRESO			PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PR E	DE F
1	OBESIDAD		E66		X	
2						
3						
4						
5						
6						

6 DIAGNÓSTICOS EGRESO			PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PR E	DE F
1	OBESIDAD		E66		X	
2						
3						
4						
5						
6						

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO									
PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, BUEN MANEJO DEL DOLOR, CUMPLIENDO ESQUEMA DE DIETA LIQUIDA AMPLIA. PACIENTE SE ENVÍA A CASA SIN SIGNOS DE SIRS. CON BUENA EVOLUCION SE REALIZARA CONTROL EN CONSULTA EXTERNA									

8 MÉDICOS TRATANTES									
NOMBRES		ESPECIALIDAD		CÓDIGO	PERIODO DE RESPONSABILIDAD				
1	TORRES GUAICHA MAXIMO VICENTE	CIRUJIA_LAPAROSCOPICA	123	11/01/2021 - 12/01/2021					
2									
3									
4									

9 EGRESO											
ALTA DEFINITIVA	X	ASINTOMÁTICO		DISCAPACIDAD MODERADA		RETIRO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MENOS DE 48 HORAS		DÍAS DE ESTADA	-2
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO NO AUTORIZADO		DEFUNCIÓN MAS DE 48 HORAS		DÍAS DE INCAPACIDAD	0
FECHA	12/01/2021	HORA	7:50	NOMBRE DEL PROFESIONA	Dr/a. 25 Dr/a. DAVID ALBERTO BENAVIDES GAVILANEZ	3315	FIRMA		NUMERO DE HOJA	2	