

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: AGUIRRE ENRIQUEZ DIEGO ARMANDO				EDAD:			DR. JONATHA	N VILLACIS	
FECHA DE INGRESO: TOTAL 01/08/2023		/2023	FECHA DE EGRESO:		05/08/2				
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: CAMILLA:				CAMINANDO:	CAMINANDO: X OTRO:				
2. MEDICACIÓN	: debe tomaciàs sig	guientes med	dicinas :						
	- 74	<u></u>			\/\A	 	UODADIO		
MEDICACIÓN		<u> </u>	DOSIS		VIA	HORARIO			
SULFATO DE MAGNESIO			500mg		ORAL	9AM-21PM			
VORICONAZOL		2	00MG		ORAL	6AM-18PM			
GABAMPENTINA			300MG		ORAL	6AM-14PM-22PM			
		1 TABLETA A	LETA AM Y 1/4 TABLETA PM		ORAL	LUNES, MARTES, MIERCOLES		LES	
	7.00								
	_ (8								
	- -								
٠, ,									
	. \$5 ₅ 0 m.					-			
1 4	4 20AG C								
• .	8.164								
	A.IV.				<u>-</u>	<u> </u>			
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN									
4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO									
	THE RESTRICTION OF THE RESTRICTI								
	, CURACION	PO CLINICA	DE HERIDAS			•			
5. PRÓXIMO	CONTROL I	PO CONSULT	A EVTEDNIA O	(9/2022					
CONTROL		PO CONSULT	A EXTERNA 6/	6/2023					
									
e cichioc de	ACUDIR A I	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE DE 38°C, VOMITO, TOS, DIFICULTAD							
PARA RESPIRAR SANGRADOS LESIONES EN LA BOCA DOLOR GENERALIZADO DIARREA I									
ALARMA		CABEZA O CUALQUIER OTRA NOVEDAD ACUDIR POR EMERGENCIA DE SOLCA							
٦.	HAMARA	LLAMAR A TELEFONO 2419-773 EXTENSION 2199 2202							
7. OTRAS BAÑO DIARIO									
INDICACIONES USO DE MASCARILLA LAVADO DE MANOS ESTRICTO DE PACIENTE Y FAMILIARES EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS DE GRIPE									
19 6									
8 CHRACIÓN	EN EMEI	PGENCIA ·			_				
a. CURACION	PASSON CIVIEN	NGENCIA .					 		
	A GOOD		**				·		
9. RETIRO DE	2 to 1								
PUNTOS									
	1 2 2								
10. MANEJO DE	ा नि Coloque de	entro de un r	ecipiente de r	olástico v ríg	do con tapa : Jer	ingas con ag	uia fiia, aguias	ampollas, fra	
10. MANEJO DE 😘 🎉 Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra DESECHOS 💮 🖟 vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia									
Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS									
_ 1000 _									
DOMICILIO	151				_				
RECONFIRMO QUE LAS INDICACIONES Y CUIDADOS PARA EL DOMICILIO FUERON ENTENDIDAS POR EL FAMILIAR Y/O PACIENTE									
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE									
NOMBRE:	House - Envice	<i>1</i> 5-			NOMBRE	۲_۱	12.		
INCIVIDAE:	HONGER MYGO	45		-	NOMBRE:	<u> soha</u>	ura yp.		
	* V// 1/5	,				Icha 1	hanna Silva	V	
L SIDAAA	- Harris Um	wer -			FIRMA Y SELLO	\ <u> </u>	ли анна опуа CI: 172510312	• •	
FIRMA <u></u>	-T-1			-	I MINIA I JELLO		ENFERMERA		
C.I :	CHORIOTA-R) -				Reg. Senesc	yt: 1005-2020-2181	823	
	المنافعة المالية			-					