



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: MAILA CAIZA JUAN CARLOS EDAD: 38 años MEDICO: DR. LOACHAMIN
FECHA DE INGRESO: 14/08/2023 FECHA DE EGRESO: 18/08/2023 H.CL: 282804
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
DEXAMETAZONA4 MMG.	5 TABLETAS	ORAL	19 , 20, 21 DE AGOSTO 2023 A LAS 8 AM
DEXAMETAZONA4 MMG.	5 TABLETAS	ORAL	25,26,27 DE AGOSTO A LAS 14H00
OMEPRAZOL 20 MG.	1 CAPSULA	ORAL	A LAS 8 AM POR 15 DIAS
PARACETAMOL 500MG	2 TABLETA	ORAL	A LAS 2 PM10 PM 6 AM Y
			EN CASO DE DOLOR
METFORMINA 500 MG.	2 TABLETAS	ORAL	CON EL DESAYUNO
METFORMINA 500 MG.	1 TABLETA	ORAL	CON EL ALMUERZO Y MERIENDA
EMPAGLIFOZINA 10 MG.	1 TABLETA	ORAL	CADA DIA
AMITRIPTILINA 25 MG.	1 TABLETA	ORAL	ANTES DE DORMIR
TRAMADOL 100MG. GOTAS	20 GOTAS	ORAL	EN CASO DE DOLOR MODERADO
ACICLOVIR 400 MG.	1 TABLETA	ORAL	A LAS 10 AM Y10 PM

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO
CONTROLDR. LOACHAMIN EL 07/09/2023A LAS 17H00 / REALIZAR EXAMENES PREVIA CITA A LAS 07H00
DR. ARIAS EL 23/08/2023 A LAS 11H006. SIGNOS DE
ALARMAACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE, VOMITOS, DIARREA QUE NO CEDAN, MALESTAR GENERAL
DESORIENTACIÓN7. OTRAS
INDICACIONES

COTRIMAZOL 800/160 MG. TOMAR 1 TABLETA LOS DIAS LUNES MIERCOLES Y VIERNES

CONTROL DE GLICEMIA CAPILAR EN DOMICILIO ANOTAR Y TRAER ANTES DEL DESAYUNO Y A LAS 10 PM

8. CURACIÓN

EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE
PUNTOS10. MANEJO DE
DESECHOS
SANITARIOS EN EL
DOMICILIOColoque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra
vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia
Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.

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

NOMBRE:

Susana Mosquera

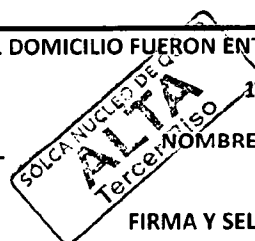
FIRMA

C.I:

1708388424

NOMBRE:

FIRMA Y SELLO :

Lic. Diego Sola
LICF O EN ENF