



NÚCLEO DE QUITO

## PLAN DE EGRESO

ÁREA —EDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ESPINOZA POLO MARIA LUISA PAQUITA EDAD: 67 años MÉDICO: DR. BENITEZ  
FECHA DE INGRESO: 23/08/2023 FECHA DE EGRESO: 26/08/2023 H.CL: 259323  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
OMEPRAZOL 20MG	1 TABLETA	ORAL	6:00AM Y 18:00PM POR 5 DIAS
METOCLOPRAMIDA 10MG	1 TABLETA	ORAL	20 MINUTOS ANTES DEL DESAYUNO, ALM
FILGASTRIM SOLUCION INYECTAB	1 AMPOLLA	SUBCUTANEO	DIAS QUIMIOTERAPIA 3-7Y12-14
			2 DIA ANTES DE LA PROXIMA CITA
LEVOTIROXINA 50 MCG	1 TABLETA	ORAL	LUNES-MARTES-MIERCOLES-JUEVES
LEVOTIROXINA 100 MCG	1 TABLETA	ORAL	VIERNES-SABADO Y DOMINGO
CLORTALIDONA 25MG	MEDIA TABLETA	ORAL	07H00AM
LOSARTAN 50MG	1 TABLETA	ORAL	08H00
ATORVASTATINA 40 MG	1 TABLETA	ORAL	AL ALMUERZO
DILTIAZEM 60MG	1 TABLETA	ORAL	1 TABLETA CADA DIA
FLUOXETINA 20MG	1 TABLETA	ORAL	EN EL DESAYUNO

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO  
CONTROL

ACUDIR A CITA CON DR. MORENO EL 07/09/2023 A LAS 15H00  
REALIZAR EXAMENES PREVIA CITA CON DR. ROMERO EL 07/03/2023  
ACUDIR A CITA CON DRA ROSALES EL 05/09/2023

6. SIGNOS DE  
ALARMA

ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE  
DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA

7. OTRAS  
INDICACIONES

AMITRIPTILINA 25 MG TOMAR MEDIA TABLETA EN LA NOCHE  
TRAMADOL TOMAR 10 GOTAS A LAS 8:00AM Y 8:00PM  
ONDASETRON 8MG TOMAR UNA TABLETA 7AM Y 7PM  
GABAPENTINA 300MG 1 TABLETA EN LA NOCHE A LAS 21:00PM

8. CURACIÓN

EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE  
PUNTOS10. MANEJO DE  
DESECHOS  
SANITARIOS EN EL  
DOMICILIO

Coloque 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

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE:

NOMBRE:

LIC. MARIANELA GUAMANÍ V.  
ENFERMERA

FIRMA

FIRMA Y SELLO : Registro: 1040-2021-2356389

C.I:

100094574-9

Lic Guamaní enf.