



# PLAN DE EGRESO

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: LOPEZ JOSUE DAMIAN EDAD: 5 años MÉDICO: DR. KEVIN PINTO  
FECHA DE INGRESO: 17/8/2023 FECHA DE EGRESO: 21/8/2023 H.CL: 282636  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: CAMINANDO: X OTRO: X

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VÍA	HORARIO
SALMETEROL MAS FLUTICASON (25/50)	realizar 2 puff	inhalador	cada 12 horas 8am,8pm por 5 dias
////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////
COTRIMOXAZOL	(6,5 MILILITROS)	ORAL	8AM Y 8PM. JUEVES, VIERNES, SABADO
////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////	////////////////////////////////////

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS

5. PRÓXIMO CONTROL ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA EL 28 DE AGOSTO DEL 2023

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT: DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO,DIARREA  
TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, LESIONES EN LA BOCA  
TELEFONOS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000

7. OTRAS INDICACIONES BAÑO DIARIO  
LAVADO ESTRICTO DE MANOS  
EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS ( GRIPE)  
USO DE MASCARILLA

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :  
POR CLINICA DE HERIDAS

9. RETIRO DE PUNTOS

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

VI

11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN

NOMBRE: Yajaira Grela  
FIRMA: [Firma]  
C.I.: 2250119696

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: [Firma]  
FIRMA Y SELLO: [Firma]  
SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Lic. Ivan Gavilana C.  
ENFERMERO  
MSP: 0202084482