



# PLAN DE EGRESO

## ÁREA MEDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ZAGAL GUERRERO SUSANA EDAD: 79 años MÉDICO: DR. MOYA  
FECHA DE INGRESO: 15/08/2023 FECHA DE EGRESO: 20/08/2023 H.CL: 230942  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
TRAMAL GOTAS	10 GOTAS	ORAL	10AM-18PM--23PM POR 5 DIAS
METOCLOPRAMIDA 10MG	1 TABLETA	ORAL	15 MINUTOA ANTES DEL TRAMAL
PARACETAMOL 500MG	2 TABLETAS	ORAL	14PM-22PM-06AM POR 7 DIAS

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD AMBULATORIO

5. PRÓXIMO CONTROL EN CONSULTA EXTERNA AGENDAR CITA CON DR. MOYA EN 15 DIAS A PARTIR DEL LUNES 21 /08/2023

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, FIEBRE, INTOLERANCIA ORAL, SECRECIÓN POR Sonda, DOLOR, AUSENCIA DE ORINA

7. OTRAS INDICACIONES BAÑO DIARIO

8. CURACIÓN EN CLINICA DE HERIDAS AGENDAR CITA EN CLINICA DE HERIDAS EN 8 DIAS

9. RETIRO DE PUNTOS EN CLINICA DE HERIDAS

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, 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 Rivas Domínguez

FIRMA

C.I:

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Elena

FIRMA Y SELLO :

Linda Elizabeth Cigarrón  
ENFERMERA  
C.I. 171626770

171839326-5