



PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: CALLE VALVERDE LILIAN EDAD: 70 años MÉDICO: DRA ESCALANTE
FECHA DE INGRESO: 01/08/2023 FECHA DE EGRESO: 03/08/2023 H.CL: 140335
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN: debe tomar las siguientes medicinas:

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
PARACETAMOL 500MG	2 TABLETAS CADA 8 HORAS	ORAL	14:00-22:00-06:00 POR 5 DIAS
IBUPROFENO 400MG	1 TABLETA CADA 8 HORAS	ORAL	08 AM / 16 PM / 23 PMX 5 DIAS

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD AMBULATORIO
NO ESFUERZOS INNECESARIOS

5. PRÓXIMO CONTROL EN CONSULTA EXTERNA DRA. ESCALANTE EN 15 DIAS AGENDAR TURNO

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR INTENSO, SENSACION DE FALTA DE AIRE, SANGRADO ALZA TERMICA

7. OTRAS INDICACIONES ASEO BAÑO DIARIO CON AGUA Y JABON
DEJAR QUE TIRAS CUTANEAS CAIGAN POR SI SOLAS

8. CURACIÓN EN CLINICA DE HERIDAS

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: Victoria H. Camacho

FIRMA: Victoria H. Camacho

C.I.: 1714296535

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: EUGENIA

FIRMA Y SELLO: EUGENIA
C.I. 1716267701