



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ALBA GAVIN BRYAN STEV EDAD: 08. años MÉDICO: DRA. KARINA VARGAS
FECHA DE INGRESO: 29/08/2023 FECHA DE EGRESO: 09/09/2023 H.CL: 303179
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: CAMINANDO: - OTRO: X

2. MEDICACIÓN: debe tomar las siguientes medicinas:

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
COTRIMOXAZOL	6ML	ORAL	8AM Y 8PM LUNES, MARTES Y MIERCOLES
FLUCONAZOL	60MG	ORAL	4PM CADA DIA
CIPROFLOXACINA	100MG	ORAL	10 AM Y 10PM

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO
EVITAR CAIDAS

5. PRÓXIMO CONTROL ACUDIR POR CONSULTA EXTERNA EL 13/9/2023

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA:
PARA RESPIRAR, SANGRADOS, LESIONES EN LA BOCA, DOLOR GENERALIZADO, DIARREA, DOLOR DE
CABEZA O CUALQUIER OTRA NOVEDAD ACUDIR POR EMERGENCIA DE SOLCA
LLAMAR A TELEFONO 2419-773 EXTENSION 2199 22027. OTRAS INDICACIONES BAÑO DIARIO
USO DE MASCARILLA
LAVADO DE MANOS Estricto de paciente y familiares
EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS DE GRIPE

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA:

9. RETIRO DE PUNTOS

10. MANEJO DE DESECHOS Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa: Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra-
SANITARIOS EN EL vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia
DOMICILIO 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: Gavin Rosa

FIRMA:

C.I.: 1759290849

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Connie Canobase

FIRMA Y SELLO:
Lic. Connie Cano Correa
ENFERMERA
C.I.: 0955928361
REG: 1006-2020-218-158