



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA _ EDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA EDAD: 69 años MÉDICO: DRA MUÑOZ
FECHA DE INGRESO: 14/08/2023 FECHA DE EGRESO: 16/08/2023 H.CL: 249133
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

| MEDICACIÓN | DOSIS | VIA | HORARIO |
|---------------------|-----------|------------|-------------------------------------|
| PARACETAMOL 500MG | 1 TABLETA | VIA ORAL | 6AM 14PM 22PM POR 3 DIAS |
| APREPITAN 80MG | 1 TABLETA | VIA ORAL | 11AM EL 16/08/2023 Y 17/08/2023 |
| ONDASETRON 8MG | 1 TABLETA | VIA ORAL | 6AM 14PM 22PM POR 7 DIAS |
| OMEPRAZOL 20MG | 1 TABLETA | VIA ORAL | ANTES DEL DESAYUNO POR 7 DIAS |
| PEGFILGRASTIM 6MG | 1 AMPOLLA | SUBCUTANEO | COLOCAR HOY 16/08/2023 18PM |
| METOCLOPRAMIDA 10MG | 1 TABLETA | VIA ORAL | ANTES DE CADA COMIDA POR 7 DIAS |
| DEXAMETASONA 4MG | 1 TABLETA | VIA ORAL | 10MIN ANTES DE ONDASETRON POR 3DIAS |
| GABAPENTINA 300MG | 1 TABLETA | VIA ORAL | 10AM Y 22PM |
| LEVOTIROXINA 50MCG | 1TABLETA | VIA ORAL | ANTES DEL DESAYUNO |
| ESCITALPRAN 20MG | 1 TABLETA | VIA ORAL | EN EL DESAYUNO |
| LEXOTAN 3MG | 1 TABLETA | VIA ORAL | 1 TAB EN LA NOCHE Y MEDIA TAB PRN |

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO, NO ESFUERZO FISICO

5. PRÓXIMO CONTROL
CITA CON DRA MUÑOZEL 04/09/2023 11:40 REALIZAR EXAMENES PREVIO CITA 04/09/2023 7AM
ACUDIR A ECOGRAFIA DE CUELLO 16/10/2023 10:15 Y LABORATORIO 16/10/2023 07:30AM
CITA CON TERAPIA DEL DOLOR 23/08/2023 8AM6. SIGNOS DE ALARMA
ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS NO CEDE, MALESTAR GENERAL, ORIN.
DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO POR VARIAS OCASIONES .7. OTRAS INDICACIONES
ZOPlicona 7.5MG TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE
CITA CON DRA PEÑA EL 24/10/2023 10:20
TAC S/C +CREATININA 15/09/2023 10AM

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :

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, 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:

Ana Acosta

FIRMA

Ana Acosta

C.I:

1301176480

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE:

U. Garcia

FIRMA Y SELLO :

BOLCA NÚCLEO DE QUITO
Cda. Valeria Garcia
ENFERMERA CUIDADO DIRECTO
C.I. 1725271660