



NÚCLEO DE QUITO

## PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ROSERO ARTEAGA BLANCA AURORA EDAD: 73 años MÉDICO: DR. MUÑOZ  
FECHA DE INGRESO: 01/08/2023 FECHA DE EGRESO: 05/08/2023 H.CL: 259514  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
FILGRASTIM 300 MG.	1 AMPOLLA	SUBCUTANEO	20H00 EMPEZAR HOY X 7 DIAS
ONDASETRON 8 MG.	1 TABLETA	VIA ORAL	14H00-22H00-06H00 X 5 DIAS
METOCLOPRAMIDA 10MG.	1 TABLETA	VIA ORAL	ANTES DESAYUNO ALMUERZO YMERIEND
PARACETAMOL 500MG	1TABLETA	VIA ORAL	14H00-22H00-06H00 X 3 DIAS
LEVOTIROXINA 100MCG	1TABLETA	SUBCUTANEO	AYUNAS
LOSARTAN 50MG	1 TABLETA	VIA ORAL	08H00 DE LA MAÑANA

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO CONTROL  
DRA. MUÑOZ EL 15/08/2023 11H00 DE LA MAÑANA EXAMEN DE CONTROL EL 15/08/2023 07H30 LABORA  
DRA. ARIAS MEDICINA INTERNA EL 04/12/2023 11H20  
ACUDIR A CITA CON DR GUERRERO -ENDOCRINOLOGIA 26/09/2023 08:40 AM

6. SIGNOS DE ALARMA  
ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE  
DOLOR TORAXICO, NAUSEA, VOMITO QUE NO SEDEN CON LA MEDICACIÓN, DIARREA, DIFICULTA PARA  
RESPIRAR , DIARREAS, SANGRADO Y / O HEMORRAGIA GINGIVAL, APARICION DE MORETONES.

7. OTRAS INDICACIONES  
REALIZARSE EXAMENES DE CONTROL PREVIA CITA DE ENDOCRINOLOGIA EL 25/09/2023 A LAS 07H00 DE  
LA MAÑANA.  
ACUDIR A CITA DE TERAPIA DE DOLOR 28/09/2023 A LAS 9H20 DE LA MAÑANA  
ACUDIR A CITA CON DR GUALLASAMIN 13/01/2024  
REALIZAR TOMA DE PRESION ARTERIAL AMBULATORIA (MAPA) POR 5 DIAS Y LLEVAR AL CONTROL MEDIC

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: Piedad Javillo

FIRMA

C.I: 0401543566

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Leticia C

FIRMA Y SELLO :

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Lic. Fernando Tapia G.  
ENFERMERO CUIDADO DIRECTO  
Folio 07 N° 21