



# PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: PASQUEL ALMEDA SEGUNDO MARIANO EDAD: 78 años MEDICO: DR ALEXANDER CORRALES  
FECHA DE INGRESO: 16/08/2023 FECHA DE EGRESO: 19/08/2023 H.CL: 303898  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
ONDANSETRON 8MG	1 TABLETA	ORAL	10AM-22PM POR 5 DIAS
METOCLOPRAMIDA 10MG	1 TABLETA	ORAL	20MIN ANTES DE CADA COMIDA POR 3DIAS
PARACETAMOL 500MG	1 TABLETAS	ORAL	EN CASO DE DOLOR TOMAR C 8HORAS
BROMURO DE TIOTROPIO	1 INHALACION	INHALADOR	CADA DIA
OXICODONA 5MG	1 TABLETA	ORAL	7AM-2PM-7PM Y EN CASO DE DOLOR
GABAPENTINA 300MG	1 CAPSULA	ORAL	7AM-7PM
LACTULOSA FRASCO	20CC	ORAL	22HORAS SUSPENDER EN CASO DE
			DIARREA
OMEPRAZOL 20MG	2 CAPSULAS	ORAL	30MIN ANTES DE DESAYUNO Y MERIENDA
SUCRALFATO SUSPENSIÓN	1 CUCHARADA	ORAL	ANTES DE DESAYUNO Y MERIENDA

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN  
FORMULA NUTRICIONAL VITAL1,5FRASCO TOMAR A LAS 10H00 Y 15H00

4. ACTIVIDAD AMBULATORIO

5. PRÓXIMO CONTROL EN CONSULTA EXTERNA ONCOLOGIA CLINICA CON DRA ABAD 5/09/2023 A LAS 8H40  
LABORATORIO CLINICO 04/09/2023 7H00  
TERAPIA DEL DOLOR DRA ESPEJO 26/09/2023 11H00.

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, FIEBRE, INTOLERANCIA  
ORAL, SECRECION POR HERIDA, DOLOR TORACICO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR

7. OTRAS INDICACIONES BAÑO DIARIO  
CITA NEUMOLOGIA DR JARRIN 16/10/2023  
CITA TRAUMATOLOGIA DR CALDERON 10/11/2023 12H50  
AGENDAR CITA CON NUTRICION POSTERIOR AL ALTA.

8. CURACIÓN EN CLINICA DE HERIDAS

9. RETIRO DE PUNTOS EN CLINICA DE HERIDAS

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: Fernanda Bosantes

FIRMA [Firma]

C.I: 171540558-3

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Lic Mónica Rojas

FIRMA Y SELLO: [Firma]

BOLCA NUCLEO DE QUITO  
Leda Mónica Rojas  
ENFERMERA  
C.R. 1700144444