

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

1 NOMBREICATOTA DE	ADO OSC	AD LIEDALAN		5040	42 ~	446-144	20.01	
1. NOMBRE: CATOTA PRADO OSCA FECHA DE INGRESO: 07/08		3/2023 FECHA DE E		EDAD:	43 años MÉDICO 18/08/2023		DR. CA	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:				GKESU:			H.CL:	267018
	Х	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe to	omar las sig	guientes medi	icinas :					
MEDICACIÓN		-	DOSIS		VIA	Ī	HORARIO	
FENITOINA 100MG.		1 TABLETA			ORAL	07H00 Y 15H00		
FENITOINA 200MG.		1 TABLETA		ORAL	23H00			
ACIDO VALPROICO 500 MG.		2 TABLETAS		ORAL	A LAS2 PM 10 PM Y 6AM POR 60 DIAS			
LEVETIRACETAM 500 MG.		3 TABLETAS		ORAL	A LAS 8 AM Y 8 PM			
CLONAZEPAM 2,5 MG.		15 GOTAS		ORAL			D D AAFEEG	
DEXAMETAZONA 4 MG.		1 TABLETA		ORAL	ANTES DE ACOSTARSE POR 2 MESES POR UNA SEMANA A LAS 8 AM			
DEAAINE FAZONA 4 IVIG.		TIABLEIA		UKAL	FOR ONA SEIVIANA A LAS 8 AIVI			
						 	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
					<u>.</u>			
			-					
			<u> </u>					
	İ	<u> </u>	 ·			<u> </u>		
3. DIETA	SEGIÍN ESC	THEMA ENTRE	GADO POR NI	ITRICIÓN	_ ' _	· ·		
3. DICIA	JEGON ESC	ZOCIVIA CIVIAL	CADO POR INI	TRICION		_		
4. ACTIVIDAD								
-								
-					<u>_</u>			
-								
				-				
5. PRÓXIMO	DR. CASTIL	LO EL 27/11/2	023 ALAS 13H	00 REALIZA	R EXAMENES PR	REVIA CITA		
l li	DR. VALEN	ZUELA EL 17/:	10/2023 A LAS	17H50				
CONTROL		·						
	ACLIDID A	ENTERCENCIA	CL DDCCCNITA.	NADDEA V	OMITO DIFICUL	TAD DECDIDA	TODIA	
6. SIGNOS DE			_		OMITO, DIFICUL	IAD KESPIKA	TORIA	
ALARMA -	ALTERACI	ONES DEL ESA	TDO DE CONC	IENCIA, SA	NGRADO			
-								
7. OTRAS								
INDICACIONES					_		_	
	·	·						
i -								
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA:						
-								
-								
9. RETIRO DE							-	
-		 -						
PUNTOS _		.						
40.4444510.05							. 6:	
					do con tapa : Jer			ampollas, fra
	viario de n Recuerdo i	nedicamentos	y entregar en	CONSUITA E	xterna, Hospitali PELIGROSOS.	zacion o Eme	ergencia	
SANITARIOS EN EL	necuerae i	que estos uest	ECTIOS 3011. 1141	-	TENGROSOS.			
DOMICILIO								
RECONFIRMO QUE LAS I	NDICACIO	NES VICINDA	DOS PARA EL I	DOMICILIO	FUERON ENTEN	DIDAS POR I	FL FAMILIAR V	O PACIENTE
·								
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE						LE		
l U.		Alldoz			NOMBRE:	1	ms Tem	
NOMBRE:	nica	HUOD Z			NONBKE:	("Tenor		
ļ							cues de quiro ando Tapila O.	
FIRMA TONICO		daz			FIRMA Y SELLO		CUIDADO DIRECTO	
					·	\$150 Abril	10 जिल्लाकाल दे	
C.I: <u>17</u>	6827	801						



PLAN DE EGRESO

ÁREA —EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: CATOTA P	RADO OSCAR HERNAN		EDAD:	43 años	MÉDICO:	DR. CASTILLO				
FECHA DE INGRESO:	07/08/2023	FECHA DE	EGRESO:	18/08/2		H.CL: 267018				
EGRESA EN : SILLA DE	RUEDAS: X	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:				
2. MEDICACIÓN : debe t	omar las siguientes med	licinas :		··-·						
MEDICACIÓN	ı -	DOSIS		VIA	<u> </u>	HORARIO				
FENITOINA 100MG.	1 TABLETA			ORAL	07H00 Y 15					
FENITOINA 200MG.	1 TABLETA			ORAL	23H00					
ACIDO VALPROICO 500				ORAL		10 PM Y 6AM POR 60 DIAS				
LEVETIRACETAM 500 M	IG. 3 TABLETAS			ORAL	A LAS 8 AM					
CLONAZEPAM 2,5 MG.	15 GOTAS			ORAL	ANTES DE A	COSTARSE POR 2 MESES				
DEXAMETAZONA 4 MG	. 1 TABLETA	1 TABLETA		ORAL	POR UNA SEMANA A LAS 8 AM					
<u> </u>		<u>. </u>								
ļ 										
		·								
					<u></u>					
3. DIETA	SEGÚN ESQUEMA ENTR	EGADO POR I	NUTRICIÓN	-						
										
4.4670.40				<u> </u>						
4. ACTIVIDAD										
										
			-		<u> </u>					
	<u>r</u>									
5. PRÓXIMO	DR. CASTILLO EL 27/11/			R EXAMENES PR	REVIA CITA					
CONTROL	DR. VALENZUELA EL 17/	10/2023 A LA	AS 17H50							
6. SIGNOS DE ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DIFICULTAD RESPIRATORIA										
ALARMA	, ALTERACIONES DEL ES	ONES DEL ESATDO DE CONCIENCIA, SANGRADO								
ALAMINA										
			 							
7. OTRAS										
INDICACIONES						 				
										
										
8. CURACIÓN										
8. CURACION	EN EMERGENCIA :									
	-	.								
9. RETIRO DE										
PUNTOS										
10. MANEJO DE	Coloque dentro de un r	ecipiente de i	nlástico v rígi	do con tapa : jer	ingas con ag	uja fija, agujas, ampollas, fra				
DESECHOS	vidrio de medicamento	s y entregar e	n Consulta E	xterna, Hospitali						
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estos des	echos son: IN	IFECCIOSOS -	PELIGROSOS.						
DOMICILIO										
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				12. ENFERMERA/O RESPONSABLE						
NOMBRE:	co (1) daz			NOMBRE:	he Tranças	es Teche				
1155	N100 C.		_	× · · · - · · · · ·		•				
				FIRMA Y SELLO	SOLCA N	NUCLEO DE QUITO rnando Tapla G.				
FIRMA Toy	onco Masz	Soby			ENFERME	RO CUIDADO DIRECTO				
c.i: <u>17</u>	1821801		_							