

PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA HOSPITALIZACIÓN

						<u> </u>	
1. NOMBRE: ALVAREZ GUERRA RI				EDAD:		MÉDICO:	DR. PALACIOS
		3/2023 FECHA DE EGRESO:		04/08/2023		H.CL: 147524	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :							
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO		
PARACETAMOL 500MG		2 TABLETA CADA 8 HORAS		ORAL	14H00-22H00-06H00		
IBUPROFENO 400MG		1 TABLETA		ORAL	08HOO-16HOO-23HOO		
DIGESGAS CAPSULAS		1 CAPSULA		ORAL	14HOO-22HOO-06HOO		
LACTULOSA JARABE 65%		1 CUCHARADA		ORAL	14HOO-22HOO-06HOO POR 10 DIAS		
<u> </u>		 	.				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			·····
		 					
					<u> </u>		
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN							
3. DIL 1A	320014 23	QUEIVIA EIVI	TREGADO FOR IN	OTRICION			
·							
4. ACTIVIDAD RALIZAR EJERCICIOS RESPIRATORIOS 10 MINUTOS CADA HORA							
			237 1117 17 01110 5 1	10 1111110103	CABATIONA		
	MASTICAR CHICLE						
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
E DDÓVINAO	EN CONSULTA EXTERNA SEGUIMIENTO POR CONSULTA EXTERNA CON ONCOLOGIA 07/08/2023						
5. PRÓXIMO	AGENDAR TURNO CON RADIOTERAPIA EN 10 DIAS						
CONTROL							
			 			"	
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR QUE NO CEDA CON LA ANALGESIA, FIEBRE , NAUSEA						
ALARMA	O VOMITO	POR VARIAS OCASIONES, AUSENCIA DE DEPOSICION ACUDIR A SOLCA A CUALQUIER					
ALARIVIA							
			-				
7. OTRAS							
							
INDICACIONES							_
		·	 				
							
8. CURACIÓN	EN CLINICA	DE HERIDAS					
9. RETIRO DE	ENI	CLINICA DE	HEDIDAS	 		 	
	LIV	CLINICA DE	I I L NIDAS				
PUNTOS							
10 1411510 05					 		
10. MANEJO DE	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra						
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.						
SANITARIOS EN EL							
DOMICILIO							į
RECONFIRMO QUE LAS INDICACIONES Y CUIDADOS PARA EL DOMICILIO FUERON ENTENDIDAS POR EL FAMILIAR Y/O PACIENTE							
RECONTINUO QUE LAS INDICACIONES - I CUIDADOS PARA EL DOIVIICILIO FUERUN EN TENDIDAS POR EL PAIVIILIAK Y/O PACIENTE							
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN					12. E	NFERMERA/	O RESPONSABLE
11a	1	1.11				1	
NOMBRE:	candro	/>i/h	<u>av</u>		NOMBRE:	YAndiod	7
/	4 -	•					
SOLCA NUCLEO DE QUITO FIRMA Y SELLO : Lic. Vernica Andrada R. ENERGEMENA						nica Andrade R.	
FIRMA		<u> </u>			FINIVIA I SELLO		ERMERA
C.1: /5	1127655	50					