

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA MEDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: HERNADEZ BEL	TRAN AIDA JOSEFINA	EDAD: 71 ar	ios <b>MÉDICO:</b>	DR. LAGOS
	27/08/2023 FECHA DE E		8/08/2023	H.CL: 273895
EGRESA EN : SILLA DE RUEI	DAS: X CAMILLA:	CAMINA	ANDO:	OTRO:
2. MEDICACIÓN : debe tomar	las siguientes medicinas :			
MEDICACIÓN	DOSIS	VIA		HORARIO
PARACETAMOL 500 MG	2 TABLETAS CADA 8 HORAS			M-22PM POR 5 DIAS
3. DIETA SEGU	ÍN ESQUEMA ENTREGADO POR N	UTRICION		
4. ACTIVIDAD DEAI	MBULACION			
			······································	
· <u></u>			·······	
FALC	SAICHTA FUTFSAIA - CONTONI A CE	CHINAICNITO DOG ONIC	aracia craica	CITA VA ACCAIGADA
5. PRÓXIMO	ONSULTA EXTERNA CONTROL Y SEC	SOUNIEM TO PUR ONC	OLOGIA CLINICA, I	JIIA YA AGENDADA
CONTROL				
6. SIGNOS DE ACU	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR, FIEBRE, SIGANOS DE INFECCION EN LA HERIDA QUIRURGICA			
ALARMA —				
			****	
7. OTRAS BAÑ	BAÑO DIARIO			
INDICACIONES HIEL	HIELO LOCAL POR 48 HORAS 3 VECES AL DIA			
				***************************************
8. CURACIÓN EN C	LINICA DE HERIDAS			
9. RETIRO DE	EN CLINICA DE HERIDAS			
PUNTOS				
	que dentro de un recipiente de pl			
	o de medicamentos y entregar en erde que estos desechos son: INF			ergencia
SANITARIOS EN EL RECU	erde que estos desechos son invi-	ECCIOSOS - PELIGRO	sus.	
DOMICILIO				
RECONFIRMO OUF LAS INDI	CACIONES Y CUIDADOS PARA FI	DOMICILIO FUERON	ENTENDIDAS POR	EL FAMILIAR Y/O PACIENTE
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				
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN				
NOMBRE: Alexandro Andrado		NOME	RE: C	- N 22N
NOMBRE: AMOVALIVUO	KNOU OOF			C) Corr
NOMBRE: MEXICULOR	AMUOCH			Odn
	AND BOY		s. I	sleandeas ou poud ada Castan Col A
FIRMA Legal	1258 (495	FIRMA Y	s. I	neskommon nodo