



# PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: POVEDA GAIBOR MARCIA LILIAN EDAD: 33 años MEDICO: DR. GUALLASAMIN  
FECHA DE INGRESO: 27/08/2023 FECHA DE EGRESO: 29/08/2023 H.CL: 301072  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

| MEDICACIÓN        | DOSIS                     | VIA  | HORARIO        |
|-------------------|---------------------------|------|----------------|
| PARACETAMOL 500MG | DOS TABLETAS CADA 8 HORAS | ORAL | 06AM-14PM-22PM |
| IBUPROFENO 400MG  | UNA TABLETA CADA 8 HORAS  | ORAL | 07AM-15PM-23PM |
|                   |                           |      |                |
|                   |                           |      |                |
|                   |                           |      |                |
|                   |                           |      |                |
|                   |                           |      |                |
|                   |                           |      |                |
|                   |                           |      |                |
|                   |                           |      |                |

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD AMBULATORIO SEGÚN TOLERANCIA  
EVITAR ESFUERZO FISICO  
PUEDE REALIZAR CAMINATAS CORTAS, NO ES NECESARIO QUE PERMANEZCA EN CAMA

5. PRÓXIMO CONTROL EN CONSULTA EXTERNA AGENDAR CITA MÉDICA EN 2 SEMANAS CON DR. GUALLASAMIN CON RESULTADO DE PATOLOGÍA.

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR INTENSO, ALZA TERMICA, SENSACION DE FALTA DE AIRE  
DECAIMIENTO ,FIEBRE,DIARREA, SALIDA DE SECRECION DE LA HERIDA

7. OTRAS  
INDICACIONES

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: Marcia Poveda

FIRMA

C.I.: 0804037521

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Lic. G. Acero /arf.

FIRMA Y SELLO :

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Licda. Gabriela Acero Q.  
ENFERMERA CUCADO DIRECTO  
C.I.: 1717525875