



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: MARTINEZ YEPEZ SEGUNDO ALBERTO EDAD: 74 años MÉDICO: DR. TERAN
FECHA DE INGRESO: 29/08/2023 FECHA DE EGRESO: 03/09/2023 H.CL: 226668
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
LENALIDOMINS 25 MG	1 TABLETA	ORAL	1 DIARIA POR 21 DIAS
SERTRALINA 50MG	1 TABLETA	ORAL	1 DIARIA HASTA CONTROL DR. CAMINO
TAMSULOSINA 0,4MG	1 TABLETA	ORAL	7PM NOCHE
LEVOTIROXINA 88 MCG	1 TABLETA	ORAL	6AM
BROMURO DE IPATROPIO	2PUFF	INHALATORIA	8AM-16PM-24PM
ACIDO ACETIL SALICILICO 81MG	TABLETA	ORAL	CADA DIA
OXICODONA 20MG	1 TABLETA	ORAL	7AM 2PM 10PM POR 15 DIAS
OXICODONA 5MG	2 TABLETAS	ORAL	EN CASO DE DOLOR POR 15 DIAS
GABAPENTINA 300MG	2 TABLETAS	ORAL	9PM POR 15 DIAS
ONDASETRON 8MG	1 TABLETA	ORAL	ANTES DE DESAYUNO Y MERIENDA POR 15 DIAS
LACTULOSA 65% LIQUIDO ORAL	JARABE	ORAL	20CC POR 15 DIAS SUSPENDER SI HAY DIA

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO CONTROL
CONSULTA EXTERNA DR. MOSQUERA 14/09/2023 13H10PM /CONTROL DE LABORATORIO PREVIA CITA T.F.
CONSULTA EXTERNA DRA. JIMBO 08/11/2023 10H20 /CONSULTA EXTERNA DRA. DIAZ 15/09/2023 11H00
CONSULTA EXTERNA DR. CAMINO 28/09/2023 08H40/CONSULTA EXTERNA UROLOGIA 24/10/2023 15H10

6. SIGNOS DE ALARMA
ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE
DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA, MORETONES EN BRAZOS O
PIERNAS, HEMORRAGIA GINGIVAL,

7. OTRAS INDICACIONES
CON. EXTERNA NEUMOLOGIA 13/09/2023 7H20CONSULTA EXTERNA TRAUMATOLOGIA 05/09/2023 16PM
CONSULTA EXTERNA TERAPIA DOLOR 15/09/2023 11H00
CONSULTA EXTERNA DRA JIMBO 08/11/2023 10H20

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE PUNTOS

10. MANEJO DE DESECHOS
SANITARIOS EN EL DOMICILIO
Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra
vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia
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: Barbie Martinez

FIRMA

C.I:

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE:

LIC. MARIANELA GUAMAN
ENFERMERA

FIRMA Y SELLO :

Registro: 1040-2021-2356389 H. Guaman