

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

	CHANATASIG MATEO ALEJANDRO	EDAD:		MÉDICO:	DR PINTO		
FECHA DE INGRESO:	3/8/2023 FECHA DE E	GRESO:	4/8/20	23	H.CL:	257060	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: CAMILLA:			CAMINANDO:		OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :							
MEDICACIÓI	N DOSIS	DOSIS		HORARIO		0	
OARACETAMOL JARA		4,5ML		6AM 12PM 6PM 12AM POR 3DIAS			
	1,3.11.	• • •	ORAL	0/11/1/ 22/ 1/	0. 17. 22.7.17.	0.000.00	
-				<del></del>			
	· ·		·				
			L				
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN							
3. DIETA	SEGUN ESQUEMA ENTREGADO POR	NOTRICION	•				
			·				
4. ACTIVIDAD	NO ESFUERZO FISICO						
	NO CAIDAS						
	REPOSO						
	CONTROL POR CONSULTA EXTERNA EN UN MES CON RESULTADOS DE EXAMENES						
5. PRÓXIMO							
CONTROL			-				
<del>.          </del> .	ACUDID A FRANCICIA DI BRECENT	001.00.441	ENCO FICORE N	AVOD A 20	1/OF 4170 DIA	DDEA	
6. SIGNOS DE ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO						KKEA	
ALARMA	TELEFONOS: 2419773 EXT:2202-2199						
	TELEFONOS: 24197/3 EX1:2202-2199						
7.07046			-		<u>-</u>		
7. OTRAS	BAÑO DIARIO						
INDICACIONES	LAVADO ESTRICTO DE MANOS	R CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS ( GRIPE)					
	USO DE MASCARILLA	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
	OSO DE MIASCARILLA				• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
0.00000000	EN EN ER GENON						
8. CURACIÓN	_EN EMERGENCIA :		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			<del></del>	
9. RETIRO DE			··				
PUNTOS	-					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
10. MANEJO DE		_14_*:	(=: d = ===				
DESECHOS	Coloque dentro de un recipiente de vidrio de medicamentos y entregar e					ujas, ampolias	
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estos desechos son: IN	IFECCIOSO:	S - PELIGROSÓS.	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	anici Benero		
DOMICILIO							
DOMICIEIO							
VI							
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE							
.1	-d 1.			<i>t:</i> .	11.	1/-/	
NOMBRE: Nombre	Manatory		NOMBRE:	<u> </u>	MINARCE	1/04	
					UCLEO DE QUIT.	<b>'</b>	
FIRMA (%)	nes (AD)		FIRMA Y SELLO	SOLUM Lic. Jos	seline Miranda		
	023 93 093			C.I.:		<del></del>	
<u> </u>	~\lambda 11 \(\begin{array}{c} 13 \\ 13 \\ \end{array}						