

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: SALAZAR	_		EDAD:			DRA. G LEMA	
FECHA DE INGRESO:			E EGRESO:	<b>27/7/</b> 2	2023	H.CL: 315768	
EGRESA EN : SILLA D	E RUEDAS:	X CAMILL	A:	CAMINANDO:		OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :							
MEDICACIÓN		DOSIS		VÍA	HORARIO		
MERCAPTOPURINA		25 MH (1/2 TABLETA)		ORAL	2 HORAS LUEGO DE LA MERIENDA		
THE ROLL FOR OTHER		יייי (בוב וחטבבות)			SIN LACTEOS DIA 4 AL DIA 7		
COTRIMOXAZOL		28 MGD DAR 3,5ML		ORAL		- 8 NOCHE	
		20 11102 27 111 0,01110		ONAL		RTES- MIERCOLES	
MERCAPTOPURINA		50 MG 1 TABLETA		ORAL	<del></del>	UEGO DE LA MERIENDA	
		30		- Onne		OS DIA 1 31/07/23	
MERCAPTOPURINA	·	25 MH (1/2 TABLETA)		ORAL	<del></del>	UEGO DE LA MERIENDA	
						OS DIA 2 AL DIA 7	
<del></del> -		<del></del>		<del> </del>	<del></del>	HASTA 6/8/2023	
				<del>                                     </del>	02/0/2020	TIMSTA UJUJEVES	
				<del> </del>	<del> </del>		
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN							
- 44				<del></del>			
4. ACTIVIDAD	REPOSO R	ELATIVO, EVITAR GOLPES Y CAIDAS					
	ACUDIR A CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA Y PEDIATRIA 07/08/2023						
5. PRÓXIMO			IENTOS (CON RESULTADO DE EXAMENES)				
CONTROL	FNOCES.	MEINTOS (CONTINESCENTIL	JU DE EX	INES	<del></del>		
						<del></del>	
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT, DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIA						
ALARMA		ULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO, AUMENTO DE LESIONES EN LA BOCA					
TELEFONOS :2419773 EXT:2202-2199 CEL 0963333000							
7. OTRAS	BAÑO DIARIO				,		
INDICACIONES	LAVADO E	STRICTO DE MANOS					
		ONTACTO CON PERSONA	S ENFERMAS	( GRIPE)	<del></del>		
USO DE MASCARILLA							
					<u></u>		
8. CURACIÓN	FN EMFI	RGENCIA:					
or community		AOCITOIA .					
						<del></del>	
9. RETIRO DE							
		<del>-</del>		<del></del>			
PUNTOS						<del></del>	
10. MANEJO DE	- 1		<del></del>	<u> </u>			
	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas						
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.						
SANITARIOS EN EL	The state of the s						
DOMICILIO							
			VI				
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE							
NOMBRE: Gabriela S		l'enac		NOMBRE:	Johanna	a Silva	
<u> ( )(), or</u>	101U U	guria j	_				
	_0_			c.	.COB. JONA	nna Silva V	
FIRMA PAS	RIELDSA	LI <del>HA)</del>		FIRMA Y SELLO	El CII	IIIId OIIVa V 1725103129 NFERMERA ならしし	
C.I:	45 900	· v _0	_	F	<del>leg. Senescyt: 10</del>	005-20.00.218130	
100	/ココ コンレ	'A 4					