

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

	<u> </u>				<u> </u>					
1. NOMBRE: PASQUEL PARRA BLA				76 años	MÉDICO:					
		FECHA DE EGRESO:		10/08/2		H.CL: 257644				
EGRESA EN : SILLA DI		X	CAMILLA:	CAMINANDO:		OTRO:				
2. MEDICACIÓN : debe	tomar las sig	guientes me	dicinas :							
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA	HORARIO					
TAPENTADOL 100MG		1 TABLETA		ORAL	6 AM Y 6 PM					
ONDASETRON 8MG		1 TABLETA		ORAL	6AM -2PM-8PM					
ACICLOVIR 400MG		1 TABLETA		ORAL	6AM-10AM-2PM-6PM-9PM					
LACTULOSA FRASCO		20ML		ORAL	9 PM SUSPENDER SI HAY DIARREA					
				ļ	<u></u>					
		<u></u>		 						
					-					
		 		+	 					
		 		 	 	·				
<u></u>	-			†	<u> </u>					
				<u>. </u>						
DIETA	SEGÚN ESC	QUEMA ENT	REGADO POR NUTRICIÓN							
4 4071111	BESS	P1 4 =								
4. ACTIVIDAD	REPOSO RELATIVO EJERCICIOS RESPIRATORIOS 10MINUTOS CADA 2 HORAS CON INCENTIVOMETRO RESPIRATORIO									
	EJERCICIOS	S KESPIRATO	RIOS 10MINUTOS CADA 2	HURAS CON INC	ENTIVOMETI	KU RESPIRATORIO				
						<u> </u>				
5. PRÓXIMO	CITA CON	TERAPIA DE	DOLOR CON DRA DIAZ EL (07 DE OSEPTIEMB	RE 2023 CON	ISULTA 21				
CONTROL										
CONTROL										
C (10)100 75	ACUDIR A	EMERGENCI	A SI PRESENTA: CEFALEA C	UE NO CEDE CON	N MEDICACIO	N FIEBRE/ALZA TERMICA				
6. SIGNOS DE						CEDEN CON LA MEDICACION				
ALARMA	-		HEMORRAGIA	,						
										
7. OTRAS										
INDICACIONES										
DICACIONES										
L			·							
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA:								
.										
			······································							
9. RETIRO DE	-		1,2							
PUNTOS										
10. MANEJO DE	Coloque d	entro de un	recipiente de plástico y rís	ido con tapa : Jei	ingas con ag	uja fija, agujas, ampollas, fra				
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia									
SANITARIOS EN EL	Recuerde	que estos de	esechos son: INFECCIOSOS	- PELIGROSOS.						
DOMICILIO										
DECONIEIDATO OUT LA	S INIDICACIO	NEC VOLUE	ADOS DARA EL DOMICILIA	FUERON ENTER	IDIDAS POP I	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										
NOMBRE: HOP	25 01	NUT 2 B		NOMBRE:		sonofer live -				
1	7				TLIC.	المرادات الم				
l \lambda	[hurs			CIDRAA V CELLO	\	ECA				
FIRMA JU	4			FIRMA Y SELLO	· _					
C.I: 77:	108023	724								



PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: PASQUEL		EDAD:	76 años	MÉDICO:	DR CHA	MORRO			
FECHA DE INGRESO:	3/2023 FECHA DE EGF			10/08/2		H.CL:	257644		
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA:			CAMINANDO:		OTRO:	237044	
2. MEDICACIÓN : debe 1					Critician Co.		L OIRO.		
MEDICACIÓN			•	 ·	3/14	F	LIGRADIO		
		DOSIS			VIA	HORARIO		<u> </u>	
FLUCONAZOL 150MG			1 TABLETA		ORAL	A LAS 8AM POR 5 DIAS			
NISTATINA 30ML		ENGUAJE 5 ML		·	ORAL	4		24AM POR 5 DI	
LOSARTAN 50MG		1 TABLETA		ORAL		POR 11 DIAS			
LEVOTIROXINA 50MCG		1 TABLETA		ORAL		POR 11 DIAS			
METFORMINA 850MG		1 TABLETA		ORAL	LUEGO DEL ALMUERZO 2PM POR 11 DI				
LACTULOSA 200ML		15ML			ORAL	A LAS 10PM	SUSPENDER E	EN CASO DIARRE	
		<u> </u>	<u>.</u>			ļ	<u> </u>		
					ļ. <u></u>		-		
		!					<u>.</u>		
					l	L			
3 DICTA	SECTIN ES	OLIENAA ENITE	REGADO POR N	LITRICIÓN					
3. DIETA	SEGUN ESC	QUEIVIA EINTE	REGADO POR N	UTRICION					
4. ACTIVIDAD	REPOSO RI	FLATIVO							
	NEI OJO NEENTIYO								
									
									
									
5. PRÓXIMO	CITA DRA J	IIMBO 21/8/2	2023 A LAS 10:2	20AM/ RAD	IOTERAPIA 15/8/	'2023 17:20P	M		
CONTROL	CITA TERAPIA DE DOLOR 7/9/2023/ CITA PARA NUTRICION								
CONTROL	CITA ONCO	OLOGIA DRA 1	PEREZ 24/8/20:	23 A LAS 10	:20AM				
	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR INTENSO, VOMITOS, PERDIDA DE CONCIENCIA, HEMORRAGIA								
6. SIGNOS DE	EINTERGENCIA SI FRESENTA. DOEGN INTERSO, VOIVIITOS, FENDIDA DE CONCIENCIA, REIVIORRAGII								
ALARMA									
									
			-						
7. OTRAS									
INDICACIONES									
						<u> </u>			
									
8. CURACIÓN	EN EME	RGENCIA:							
[
9. RETIRO DE							~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~		
PUNTOS									
1011103									
10. MANEJO DE	Cologue d	entro de un r	eciniente de ni	ástico v rígi	ido con tana : ler	ingas con ag	uia fiia aguias	ampollas fra	
DESECHOS	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa: Jeringas con aguja fija, agujas, ampolla vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia							, amponas, ma	
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estas deserhas son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS								
DOMICILIO									
RECONFIRMO QUE LAS	INDICACIO	NES Y CUIDA	ADOS PARA EL	DOMICILIO	FUERON ENTEN	DIDAS POR	EL FAMILIAR Y	/O PACIENTE	
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE									
40.75 4.41534									
NOMBRE: PWIS	100613			NOMBRE:		nter Hulf	,		
I A	71	\mathcal{L}				LIC. JE	\sim \sim \sim	ì	
FIRMA INT				FIRMA Y SELLO		: E			
C.I:	17-61272724					F	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
-/	-110	/-							