



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ZAMBRANO FERNANDEZ LADY AMANDA

EDAD:

años

MÉDICO:

DR. MORERIA

FECHA DE INGRESO: 30/08/2023

FECHA DE EGRESO:

01/09/2023

H.CL: 71617

EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:

CAMILLA: X

CAMINANDO:

OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
ATROVENT INHALACIONES	2 INHALACIONES		6AM, 12PM, 6PM Y 10PM
METFORMINA	1 TABLETA	VIA ORAL	ANTE DE CADA COMIDA PRINCIPAL
INSULINA DE ACCION LENTA	12 UNIDADES	SUBCUTANEA	8AM
INSULINA DE ACCION LENTA	6 UNIDADES	SUBCUTANEA	6PM

3. DIETA

SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

BLANDA COCIDA, EVITAR ALIMENTO DE LA CALLE, NO MARISCOS, FRUTAS PELADAS

4. ACTIVIDAD

5. PRÓXIMO
CONTROL

PENDIENTE REALIZAR GAMMAGRAFIA OSEA

MAPA DE 24 HORAS

VALORACION POR CONSULTA EXTERNA CON CARDIOLOGIA CON RESULTADOS DE MAPA Y BIOMARCADA OI

6. SIGNOS DE
ALARMAACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DIFICULTAD RESPIRATORIA
, ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, SANGRADO7. OTRAS
INDICACIONES

8. CURACIÓN

EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE
PUNTOS

10. MANEJO DE
DESECHOS
SANITARIOS EN EL
DOMICILIOColoque 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

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE:

Enrique Capela

NOMBRE:

Cristina Ortega

FIRMA

FIRMA Y SELLO :

C.I:

0550420778