



# PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: TORRES GUACHALA MADISON ALEXANDRA EDAD: 11 años MÉDICO: DRA VALENCIA  
FECHA DE INGRESO: 18/8/2023 FECHA DE EGRESO: 20/8/2023 H.CL: 317961  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: CAMINANDO: X OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

| MEDICACIÓN       | DOSIS                  | VÍA           | HORARIO   |
|------------------|------------------------|---------------|---|
| PREDNISONA 20 MG | 30 MG= TABLETA Y MEDIA | ORAL          | DESPUES DEL DESAYUNO Y ALMUERZO                                 |
| PREDNISONA 20 MG | 20 MG =UNA TABLETA     | ORAL          | DESPUES DE LA MERIENDA  |
| ASPARAGINASA     | 12500 UI               | INTRAMUSCULAR | DIA 18 21/08/2023 Y DIA 20 23/08/2023<br>ACUDIR AL SEGUNDO PISO |
|                  |                        |               |   |
|                  |                        |               |   |
|                  |                        |               |   |
|                  |                        |               |   |
|                  |                        |               |   |
|                  |                        |               |   |

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO  
EVITAR CAIDAS

5. PRÓXIMO CONTROL CONTROL POR CONSULTA EXTERNA 25/08/2023 CON RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT: DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO,DIARREA  
TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO  
TELEFONOS : 2419773 EXT:2202-2199

7. OTRAS INDICACIONES BAÑO DIARIO  
LAVADO Estricto DE MANOS  
EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS ( GRIPE)  
USO DE MASCARILLA

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE PUNTOS

10. MANEJO DE DESECHOS Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas.  
SANITARIOS EN EL vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia  
DOMICILIO Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.

11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN

NOMBRE: Eulalia Changoluisa

FIRMA: [Firma]

C.I: 171122605-8

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: J. Ramos

FIRMA Y SELLO: [Firma]

SOLCA NUCLEO DE QUITO  
Lcda. Josselyn Ramos  
ENFERMERA CUIDADO DIRECTO  
C.I. 171122605-8