



NÚCLEO DE QUITO

## PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: PASQUEL PARRA BLANCA ISOLINA EDAD: 76 años MÉDICO: DRA CERVANTES  
FECHA DE INGRESO: 06/08/2023 FECHA DE EGRESO: 10/08/2023 H.CL: 257644  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

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

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO  
EJERCICIOS RESPIRATORIOS 10MINUTOS CADA 2 HORAS CON INCENTIVOMETRO RESPIRATORIO

5. PRÓXIMO CONTROL CITA CON TERAPIA DE DOLOR CON DRA DIAZ EL 07 DE 0SEPTIEMBRE 2023 CONSULTA 21

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: CEFALEA QUE NO CEDE CON MEDICACION FIEBRE/ALZA TERMICA  
DIFICULTAD PARA RESPIRAR DOLOR TORACICO VOMITOS, NAUSEAS QUE NO CEDEN CON LA MEDICACION  
DIARREAS, SANGRADO HEMORRAGIA

7. OTRAS  
INDICACIONES

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, fra  
SANITARIOS EN EL vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia  
DOMICILIO 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

NOMBRE: MOISES VINUEZA

FIRMA

C.I: 1708023724

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Benfer Ale-

FIRMA Y SELLO :

LIC. JERONIMO  
EN



NÚCLEO DE QUITO

## PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: PASQUEL PARRA BLANCA ISOLINA EDAD: 76 años MÉDICO: DR CHAMORRO  
FECHA DE INGRESO: 06/08/2023 FECHA DE EGRESO: 10/08/2023 H.CL: 257644  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
FLUCONAZOL 150MG	1 TABLETA	ORAL	A LAS 8AM POR 5 DIAS
NISTATINA 30ML	ENGUAJE 5 ML	ORAL	A LAS 6AM, 12PM, 18PM, 24AM POR 5 DIAS
LOSARTAN 50MG	1 TABLETA	ORAL	A LAS 8AM POR 11 DIAS
LEVOTIROXINA 50MCG	1 TABLETA	ORAL	A LAS 8AM POR 11 DIAS
METFORMINA 850MG	1 TABLETA	ORAL	LUEGO DEL ALMUERZO 2PM POR 11 DIAS
LACTULOSA 200ML	15ML	ORAL	A LAS 10PM SUSPENDER EN CASO DIARREA

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO CONTROL  
CITA DRA JIMBO 21/8/2023 A LAS 10:20AM/ RADIOTERAPIA 15/8/2023 17:20PM  
CITA TERAPIA DE DOLOR 7/9/2023/ CITA PARA NUTRICION  
CITA ONCOLOGIA DRA PEREZ 24/8/2023 A LAS 10:20AM

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR INTENSO, VOMITOS, PERDIDA DE CONCIENCIA, HEMORRAGIA/

7. OTRAS INDICACIONES

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE PUNTOS

10. MANEJO DE DESECHOS  
SANITARIOS EN EL DOMICILIO  
Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, frasco de 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

NOMBRE: MOISES VINUEZA

FIRMA

C.I.: 1708023724

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Jennifer Aducci

FIRMA Y SELLO:

LIC. JENIFER ADUCCI  
E. [Firma]