



# PLAN DE EGRESO

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: FRIAS SALAZAR STEPHANIE MONSERRATH EDAD: TRECE años MÉDICO: DRA GEMA MENDOZA  
FECHA DE INGRESO: 03/08/2023 FECHA DE EGRESO: 08/08/2023 H.CL: 313854  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: CAMINANDO: X OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
MERCAPTOPURINA 50 MG	1 TABLETA	ORAL	DOS HORAS DESPUES DE LA MERIENDA
			SIN LACTEOS INICIAR EL DIA 08-08-23
			HASTA EL DIA 10-08-2023
QUIMIOTERAPIA SEMANA 4	DE CONSOLIDACION		
MERCAPTOPURINA 50 MG	75 MG (UNA TABLETA Y MEDIA)	ORAL	DOS HORAS DESPUES DE LA MERIENDA
			SIN LACTEOS DESDE 11-08-2023
			HASTA EL DIA 14/08/2023
MERCAPTOPURINA 50 MG	1 TABLETA	ORAL	DOS HORAS DESPUES DE LA MERIENDA
			SIN LACTEOS DESDE EL 15/08/2023
			HASTA EL DIA 17/08/2023

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO  
EVITAR CAIDAS

5. PRÓXIMO CONTROL ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA PEDIATRIA Y CIRUGIA PEDIATRICA 18/8/2023 CON EXAMENES COMPLETOS

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE DE 38°C, VOMITO, TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SANGRADOS, LESIONES EN LA BOCA, DOLOR GENERALIZADO, DIARREA, DOLOR DE CABEZA O CUALQUIER OTRA NOVEDAD ACUDIR POR EMERGENCIA DE SOLCA  
LLAMAR A TELEFONO 2419-773 EXTENSION 2199 2202

7. OTRAS INDICACIONES BAÑO DIARIO  
USO DE MASCARILLA  
LAVADO DE MANOS Estricto de paciente y familiares  
EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS DE GRIPE

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, 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: MARINA SALAZAR

NOMBRE: I. GARCIA / O.

FIRMA

C.I: 180343837-1

FIRMA Y SELLO :

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Lic. Juan Cevallos C.  
ENFERMERO  
MSP-020014612



# PLAN DE EGRESO

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: FRIAS SALAZAR STEPHANIE MONSERRATH EDAD: TRECE años MÉDICO: DRA GEMA MENDOZA  
FECHA DE INGRESO: 03/08/2023 FECHA DE EGRESO: 08/08/2023 H.CL: 313854  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: CAMINANDO: X OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
ONDASETRON 8 MG	1 TABLETA	ORAL	2 PM, 10PM, 6AM POR 2 DIAS Y POR RAZONES NECESARIAS PREVIO A TRAMADOL
TRAMADOL 50 MG	1 CAPSULA	ORAL	EN CASO DE DOLOR
LACTULOSA	20 ML	ORAL	8 AM Y 8 PM SUSPENDER EN CASO DE DIARREA
COTRIMOXAZOL	1 TABLETA AM Y MEDIA TABLETA PM	ORAL	8 AM Y 8 PM LUNES MARTES MIERCOLES
PROVERA	1 TABLETA	ORAL	9:00 AM
LEVETIRACETAM 500 MG	5 ML	ORAL	8 AM Y 8 PM
FENITOINA	625, MG (2,5 ML)	ORAL	10 AM HASTA EL 12/08/2023

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO  
EVITAR CAIDAS  
MEBO APLICAR EN REGION PERIANAL TRES VECES AL DIA LUEGO DEL ASEO

5. PRÓXIMO CONTROL ACUDIR A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA PEDIATRIA Y CIRUGIA PEDIATRICA 18/8/2023 CON  
EXAMENES COMPLETOS

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE DE 38°C, VOMITO, TOS, DIFICULTAD  
PARA RESPIRAR, SANGRADOS, LESIONES EN LA BOCA, DOLOR GENERALIZADO, DIARREA, DOLOR DE  
CABEZA O CUALQUIER OTRA NOVEDAD ACUDIR POR EMERGENCIA DE SOLCA  
LLAMAR A TELEFONO 2419-773 EXTENSION 2199 2202

7. OTRAS INDICACIONES BAÑO DIARIO  
USO DE MASCARILLA  
LAVADO DE MANOS Estricto de paciente y familiares  
EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS DE GRIPE

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

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: KARINA SALAZAR

NOMBRE: J. GARCIA

FIRMA KARINA SALAZAR

FIRMA Y SELLO: SOLCA NÚCLEO DE CUITO

C.I: 180043837-1

ENFERMERA  
MSP-079204446-7