

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA MEDICA HOSPITALIZACIÓN

					1			
1. NOMBRE: CABRERA JIMENEZ	MARIA DEL R	OSARIO	EDAD:	82 años_	MĚDICO:	DRA SANTAMARIA		
	7/2023			10/08/2023		H.CL: 222534		
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS	: X	CAMILLA:		CAMINANDO	:	OTRO:		
2. MEDICACIÓN : debe tomar las	siguientes m	edicinas :						
MEDICACIÓN	T	DOSIS		VIA		HORARIO		
CIPROFLOXACINO 500MG	1 TABLETA	1 TABLETA		ORAL	8AM-20PM POR 5 DIAS			
METFORMINA 500MG		1 TABLETA		ORAL	9AM			
AMLODIPINO 5MG	1 TABLETA			ORAL	18PM	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	$\neg$	
LOSARTAN 100MG	1 TABLETA			ORAL	6AM			
SIMVASTATINA	20MG			ORAL	20PM			
PARACETAMOL 500MG	1G 2 TABLETAS			ORAL	8AM-20PM			
LIDOCAINA PARCHE	1 PARCHE			PIEL	COLOCAR 8	AM RETIRAR 20PM		
TRAMADOL GOTAS	20 GOTAS	20 GOTAS		ORAL	10AM-22PM			
	<u> </u>				ļ	****		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					<u> 1</u>	<del> </del>		
a pieza decúnio	COLUENA EN	TD5C4D0 000 A	urnción					
3. DIETA SEGÚN E	SQUEMA EN	TREGADO POR N	OTRICION				_	
4. ACTIVIDAD AMBULA	ATORIO							
	ZAR INCENTIVO RESPIRATORIO 5MIN CADA HORA							
	national materials are more after even them.							
						<del>-</del>	_	
EN CONS	LUTA EVTERNI	CON MEDICINI	A INITEDNIA	DD DEÑA DARA (	1.14/09/303	CECUM DIEDONIBUIDAD		
1 5 PROXIMO	(IMO EN CONSULTA EXTERNA CON MEDICINA INTERNA DR PEÑA PARA EL 14/08/2023SEGUN DISPONIBILID							
CONTROL	AGENDAR CITA CON DR LANDAZURI EN 15 DIAS SEGÚN DISPONIBILIDAD							
I b. SIGNOS DE ———~~	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE, DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, MA							
ALARMA EN HERI	<u>A</u>							
				<del></del>			_	
7. OTRAS BAÑO D	BAÑO DIARIO							
	AR APOSITOS EXTERNOS							
	ASO DE MOJAR O SECRECION ABUNDANTE SOLO RETIRAR GASAS EXTERNAS Y CAMBIAR							
POR GAS	POR GASAS ESTERILES EN CASA. NO MANIPULAR FONDO DE HERIDA							
8. CURACIÓN EN CLINI	CA DE HERIDAS	S AGENDAR TUP	RNO EL 14/0	08/2023				
					_			
9. RETIRO DE E	N CLINICA DE	HERIDAS						
PUNTOS				_			_	
						uja fija, agujas, ampollas,	fra	
DESECHOS vidrio de	medicamen	tos y entregar er	n Consulta E	xterna, Hospital	ización o Em	ergencia		
SANITARIOS EN EL RECUERO	e que estos o	lesechos son: IN	FECCIOSOS	- PELIGROSOS.				
DOMICILIO								
RECONFIRMO QUE LAS INDICAC	IONES Y CITI	DADOS PARA FI	DOMICILIO	SUERON ENTER	ADIDAS POR	FL FAMILIAR Y/O PACIENT	TF	
			DOMICIEIO				-	
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE								
NOMBRE: Unlando River Bastillo C. NOMBRE: Le Honce Pasco								
- Odlundo IC	<u>voi von</u>		•		_ x~ VU		_	
1 177/	(4)					SOLCA NUCLEO DE OUTO  Leda. Montra Rosas		
FIRMA - V	-		_	FIRMA Y SELLO	- Hlosof			
C.I: - 14 04 399 14			-					
- 140×23231	1		•					