



NÚCLEO DE QUITO

## PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: VALLE SALTOS ANITA DE LOS ANGELES

EDAD: 72 años

MÉDICO: DRA. SORIA

FECHA DE INGRESO: 31/07/2023

FECHA DE EGRESO: 01/08/2023

H.CL: 305815

EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X

CAMILLA:

CAMINANDO:

OTRO:

2. MEDICACIÓN: debe tomar las siguientes medicinas:

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
OMEPRAZOL 20MG	1 TABLETAS	ORAL	6AM
PEGFILGASTRIM 6MCG	1 AMPOLLA	SUBCUTANEA	MAÑANA 6PM
METOCLOPRAMIDA 10MG	1 TABLETA	ORAL	ANTES DE CADA COMIDA
ONDASENTRON 8MG	1 TABLETA	ORAL	8AM 8PM
PARACETAMOL 500MG	1 TABLETA	ORAL	2PM, 10PM Y 6AM
DOXACINA 2MG	1 TABLETA	ORAL	8PM
AMLODIPINO 5MG	1 TABLETA	ORAL	TENSION ARTERIAL ES MAYOR A 140/90
SULFADIAZINA DE PLATA	1 APLICACIÓN	PIEL	A NIVEL SACRA 3 VECES AL DIA
CALCIO +VIT D	1 TABLETA	ORAL	10AM
ZOPLICONA 7.5MG	1 TABLETA	ORAL	10PM
PROCTO GLIVENOL	1 APLICACIÓN	ANAL	2 VECES AL DIA

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO  
EJERCICIOS RESPIRATORIOS CON INCENTIVOMETRO CADA 2 HORAS5. PRÓXIMO  
CONTROL

CITA CON DRA. SORIA EL 21 DE AGOSTO DEL 2023 A LAS 10:40AM

EXAMEN PREVIA CITA EL 18/08/2023 A LAS 7AM

REALIZAR TOMOGRAFIA CORPORAL EL 20/08/2023

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

CITA CON MEDICINA INTERNA EL 21 DE AGOSTO CON DR. ARIAS A LAS 14:20

CITA CON DR. MOREIRA EL 25 DE AGOSTO NEUMOLOGIA A LAS 9:40

REALIZARSE ELECTROCARDIOGRAMA EL 24/08/2023 8:15AM

CITA CON NUTRICION EL 07/09/2023

CITA CON DRA. BEJAR TERAPIA DEL DOLOR EL 21/08/2023 a las 7:20am

8. CURACIÓN

EN EMERGENCIA:

AGENDAR CITA CON DR. CAMINO

9. RETIRO DE  
PUNTOS10. 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:

Jorge Martinez Valle

NOMBRE:

Cabrera

FIRMA

FIRMA Y SELLO:

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Unidad Clínica Integrada  
ENFERMERÍA DE CUIDADO DIRECTO  
Módulo 12 Fono 7 N° 20

C.I:

1000833171



**ÁREA MÉDICA  
HOSPITALIZACIÓN**

1. NOMBRE: VALLE SALTOS ANITA DE LOS ANGELES		EDAD:	72 años	MÉDICO:	DRA. SORIA
FECHA DE INGRESO: 31/07/2023		FECHA DE EGRESO: 01/08/2023		H.CL:	305815
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: X		CAMILLA:	CAMINANDO:	OTRO:	
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :					
MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO		
SPICOSULFATO DE SODIO	2 PERLAS	ORAL	9PM		
RISPERIDONA	2 GOTAS	ORAL	10PM		
CLONAZEPAN 2,5MG	2 GOTAS	ORAL	10PM		
OXICODONA 5MG	1 TABLETA	ORAL	EN CASO DE DOLOR		
ENOXAPARINA 60MG	1 AMPOLLA	SUBCUTANEA	6PM HASTA CITA CON MEDICINA INTERNA		
3. DIETA		SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN			
4. ACTIVIDAD		REPOSO RELATIVO EJERCICIOS RESPIRATORIOS CON INCENTIVOMETRO CADA 2 HORAS			
5. PRÓXIMO CONTROL		CITA CON DRA. SORIA EL 21 DE AGOSTO DEL 2023 A LAS 10:40AM EXAMEN PREVIA CITA EL 18/08/2023 A LAS 7AM REALIZAR TOMOGRAFIA CORPORAL EL 20/08/2023			
6. SIGNOS DE ALARMA		ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DIFICULTAD RESPIRATORIA , ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA, SANGRADO			
7. OTRAS INDICACIONES		CITA CON MEDICINA INTERNA EL 21 DE AGOSTO CON DR. ARIAS A LAS 14:20 CITA CON DR. MOREIRA EL 25 DE AGOSTO NEUMOLOGIA A LAS 9:40 REALIZARSE ELECTROCARDIOGRAMA EL 24/08/2023 8:15AM CITA CON NUTRICION EL 07/09/2023 CITA CON DRA. BEJAR TERAPIA DEL DOLOR EL 21/08/2023 a las 7:20am			
8. CURACIÓN		EN EMERGENCIA :  AGENDAR CITA CON DR. CAMINO EN CUARENTA DIAS			
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:	Irene Martínez Valle.		NOMBRE:	Castro Gallo	
FIRMA			FIRMA Y SELLO :		
C.I:	1500833171				