



NÚCLEO DE ORITO

## PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: MARTINEZ ARGUELLO IRIS

EDAD: 47 años

MEDICO: DR. CRIOLLO

FECHA DE INGRESO: 21/08/2023

FECHA DE EGRESO: 23/08/2023

H.CL: 234192

EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X

CAMILLA:

CAMINANDO:

OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
PARACETAMOL 500 MG	2 TABLETAS POR 5 DIAS	ORAL	14PM 22PM 06AM
IBUPROFENO 400 MG	1 TABLETA POR 3 DIAS	ORAL	08AM 16PM 23PM
OMEPRAZOL 20 MG	1 CAPSULA POR 5 DIAS	ORAL	06AM
CARVEDIDOL 25 MG	1 TABLETA	ORAL	CON DESAYUNO Y MERIENDA
SIMVASTATINA 20 MG	1 TABLETA	ORAL	20PM

3. DIETA

SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD

AMBULATORIO

5. PRÓXIMO  
CONTROL

EN CONSULTA EXTERNA AGENDAR TURNO EN CONSULTA EXTERNA CON DR. CRIOLLO 04/09/2023 08M

6. SIGNOS DE  
ALARMAACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR INTENSO , ALAZA TERMICA , SECRECION DE HERIDA,  
CAIDAS U OTRA SINTOMATOLOGIA.7. OTRAS  
INDICACIONESMANTENER APOSITO NO RETIRAR , NO MOJAR , NO MANIPULAR.  
RETIRAR APOSITO EN 5 DIAS

8. CURACIÓN

EN CLINICA DE HERIDAS

9. RETIRO DE  
PUNTOS

EN CLINICA DE HERIDAS

10. 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:

Cristian

NOMBRE:

Jorge / S

FIRMA

FIRMA Y SELLO :

BOLCA NÚCLEO DE ORITO  
Lda. Johana Tigselema  
ENFERMERA CARGADO DIRECTO  
C.I. 0303163257

C.I:

050432920-5