



NÚCLEO DE QUITO

## PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA  
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: RON PROANO FRANCISCO FERNANDO EDAD: 75 años MÉDICO: DR. VILLARROEL  
FECHA DE INGRESO: 09/08/2023 FECHA DE EGRESO: 12/08/2023 H.CL: 234729  
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
OMEPRAZOL 20MG	DAR DOS CAPSULAS CADA 12 HORAS	ORAL	30min antes del desayuno y merienda por 40DIAS
CLARITROMICINA 500MG	UNA TABLETA CADA 12 HORAS	ORAL	08AM-20PM POR 14dias (DIA2DE 14)
AMOXICILINA 500MG	DOS CAPSULAS CADA 12HORAS	ORAL	10AM-22PM POR 14dias (DIA2DE 14)

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD AMBULATORIO DE ACUERDO A SU TOLERANCIA  
NO ESFUERZOS INNECESARIOS

REALIZAR EXAMENES DE LABORATORIO + PSA EL 18/08/2023 A LAS 07H30, ACUDIR CON TURNO

5. PRÓXIMO CONTROL EN CONSULTA EXTERNA AGENDAR TURNO CON DRA. MOLINA DE UROLOGIA PARA EL 21/08/2023 DE  
ACUERDO A DISPONIBILIDAD. --- AGENDAR TURNO CON DR. VILLARROEL DE ONCOLOGIA CLINICA  
PARA EL 22/08/2023 DE ACUERDO A DISPONIBILIDAD6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE, DIARREA, NAUSEA, VOMITO QUE IMPIDE LA ALIMENTA-  
CION, DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALTERACION DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, CONVULSIONES,  
SANGRADOS, DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION.7. OTRAS INDICACIONES REALIZAR ESTUDIO DE H. PYLORI EN HECES, CUATRO SEMANAS DESPUES DE TERMINAR CON TRATAMIE-  
TO DE ERRADICACION (REALIZAR EL 21/09/2023), ACUDIR CON EL PEDIDO.  
AGENDAR CITA CON GASTROENTEROLOGIA PARA SEGUIMIENTO POR ULCERA BULBAR Y TRATA-  
MIENTO ERRADICADOR DE H PYLORI, CON RESULTADO DE H. PYLORI EN HECES.  
LAVADO DE MANOS DE FORMA FRECUENTE- NO COMER EN LA CALLE- NO AUTOMEDICARSE

8. CURACIÓN EN CLINICA DE HERIDAS

9. RETIRO DE PUNTOS EN CLINICA DE HERIDAS

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: Francisco Jose Ron Santillan

NOMBRE: A. Arcos

FIRMA

FIRMA Y SELLO :

SOLCA NÚCLEO DE QUITO  
Lic. Andrea Arcos  
ENFERMERA  
C.I. 0401539242

C.I.: 1722043542