



NÚCLEO DE CUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: MARTINEZ VILLACRESES JOSE FRANCISCO EDAD: 52 años MEDICO: DR LUIS FALCONI
FECHA DE INGRESO: 01/08/2023 FECHA DE EGRESO: 04/08/2023 H.CL: 302756
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
OMEPRAZOL 20MG	20 MG	ORAL	6:00:00 X 7 DIAS
METOCLOPRAMIDA 10MG	1 TABLETA	ORAL	ANTES DE CADA COMIDA PRINCIPAL
ONDANSETRON 8MG	1 TABLETA	ORAL	2PM 10 PM 6AM X 10 DIAS
ENOXOPARINA 40MG	2 INYECCIONES	SUBCUTANEO	8AM / 8PM
METFORMINA 500MG	2 TABLETAS	ORAL	CON DESAYUNO Y MERIENDA
SIMVASTATINA 20MG	2 TABLETAS	ORAL	HORA SUEÑO 21:00
PARACETAMOL 500MG	1 TABLETA	ORAL	06AM 2PM 10PM
GABAPENTINA	1 CAPSULA	ORAL	8AM / 8PM
LIDOCAINA PARCHE	1 PARCHE	PIEL	COLOCAR 8AM Y RETIRAR 8PM
LACTULOSA	20ML	ORAL	CADA DIA 10PM
OXICODONA 20MG	1 TABLETA	ORAL	7AM 2PM 10PM

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO CONTROL CITA CON DR TIMBELA 13/09/2023 A LAS 14:20// CITA CON TERAPIA DEL DOLOR 25/09/ 2023 08H 25 AM
CITA CON DR MORENO 18/08/2023 12H00// LABORATORIOS 18/08/2023 07H006. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS, ORINA CON COAGULOS DE SANGRE
DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO, DIARREA

7. OTRAS INDICACIONES LABORATORIOS DE CONTROL CONSULTA EXTERNA 28/07/2023

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :
MAGALDRATO 10 CC 20 MIN POSTERIOR ACADA COMIDA PRINCIPAL
SERTRALINA 50 MG TOMAR 1 TABLETA EN EL DESAYUNO9. RETIRO DE PUNTOS MORFINA 10MG SUBCUTANEO EN CASO DE DOLOR
ENALAPRIL 2,5 MG VO CADA 12 HORAS 7AM 7PM
CARVEDILOL 3,125 MG VO CADA 12 HORAS 7AM 7PM10. 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
vídrio 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

NOMBRE: JOSE MARTINEZ

FIRMA

C.I:

1708540404

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: LCDA ERIKA MONTALUISA

FIRMA Y SELLO:

SOLCA NÚCLEO DE CUITO
Lcda Erika Montaluisa
ENFERMERA
C.I. 17.0935644