

- 1200

## **PLAN DE EGRESO**

W. K.

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: GALLO G			EDAD:			DRA. JONATHAN VILLACIS
FECHA DE INGRESO: 1/8/2				7/8/20		H.CL: 303802
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:		CAMILLA:		CAMINANDO:	X	OTRO:
2. MEDICACIÓN: debe tomar las siguientes medicinas:						
MEDICACIÓN	v I	DOSIS		VÍA		HORARIO
AMOXICILINA 500MG +ACIDO		1 GRAMO (1TABLETA)		ORAL.	8AM-8PM POR 4 DIAS	
CLAVULANICO 125MG		GIVAINO (TIADELIA)		UNAL	OAIVI-OPIVI I	OR 4 DIAS
VORICONAZOL 200MG		1 TABLETA		ORAL	10AM-10PM	
COTRIMOXAZOL 800/160		MEDIA TABLETA		ORAL	8AM-8PM LUNES-MARTES-MIERCOLES	
SULFATO DE MAGNESIO CAPS		1 GRAMO		ORAL	8AM-8PM	
PROVERA		1 TABLETA 10MG		ORAL	9AM	
GABAPENTINA 300MG		1 TABLETA		ORAL	14PM-22PN	4-6004
SERETIDE 25/250UG		2PUFF		INHALATORIO		
ENJUAGUES MAGICOS		NISTATINA 30CC+HIDROXIDO DE		ORAL	6AM-12PM-18PM-22PM POR 4 DIAS	
		ALUMINIO 70CC+2 CC DE LIDOCAINA			-101 W-22FW FOR 4 DIAS	
		SIN EPINEFRINA				
	<u> </u>					•
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN						
4. ACTIVIDAD	NO ESFUERZO					
NO CAIDA		S				
	REPOSO					
CONTROL CON TRAUMATOLOGIA EL 8/08/2023						
CONTROL		CON ONCOPEDIATRIA EL 14/08/2023 CON EXAMENES DE LABORATORIO				
CONTROL		TO THOSE EDITION CELL	11,00,2023	CON EXAMENES	DE CADONA	TORIO
6. SIGNOS DE		TERGENCIA SI PRESENTA			AYOR A 38,	VOMITO,DIARREA
		ULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO				
	TELEFONOS :	2419773 EXT:2202-219	19		<del></del>	
					-	
		RIO, USO DE MASCARILLA				
		STRICTO DE MANOS				
		ONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS ( GRIPE)				
8. CURACIÓN	EN EMERGI	ENCIA:				•
				······································	<del></del>	
						-
9. RETIRO DE				•		
PUNTOS						
7011103						
10. MANEJO DE	Coloque dent	tro de un reciniente de	nlástico v ri	gido con tana : I	eringes con	aguia fiia aguias amnollas
DESECHOS	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia					
SANITARIOS EN EL	Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.					
DOMICILIO						
DOMINICILIO		<del>.</del> -				
VI						
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE						
						1
NOMBRE: Ma. Orishina Go		no		NOMBRE: Lic Officeroo		1800/QHE
/-		\		·		
FIRMA AM	jashua	)		FIRMA Y SELLO :	SOLGA NÚCI	Eo DE QUITO
FIRIVIA AND				I IIRIVIA I SELLO	Leaa Jeseni	d Figueroac Management
C.I: ত্রি	1046988.	. 1			MSP; Libro 15 ;	IIDADO DIRECTO