

## PLAN DE EGRESO

## ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

1 NONAPPE, PANAIREZ	IADAMILIO	CABLOS BA	EAC!	FDAD	50 ~	1000000	
1. NOMBRE: RAMIREZ JARAMILLO FECHA DE INGRESO: 06/08		CARLOS RAFAEL EDAD: 3/2023 FECHA DE EGRESO:		59 años MÉDICO:		DR. CEDEÑO	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS:		X CAMILLA:		10/08/2023 CAMINANDO:		H.CL: 253863	
2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :							
OMEPRAZOL 20MG		1 TABLETA			HORARIO		
DEXSAMETASONA 4MG		5 TABLETAS		ORAL	8 AM POR 7 DIAS 8AM Y 14PM EL 11/08/2023		
FLUOROMETOLONA COLIRIO		2 GOTAS		ORAL	EN CADA OJO CADA 4 HORAS 13/08/2023		
LACTULOSA JARABE		20CC		OFTALMICO	22:00 HORA SUEÑO		
ONDASETRON 8MG		1 COMPRIMIDO		ORAL ORAL	8AM 8PM P		
METOCLOPRAMIDA 10MG		1 COMPRIMIDO		ORAL	PREVIO COMIDAS PRINCIPALES 3 DIAS		
LEVOTIROXINA		1 TABLETA		ORAL	6AM CON AGUA		
ACICLOVIR 400MG		1 TABLETA		ORAL	8AM 8PM		
COTRIMOXAZOL		1 TABLETA		ORAL	LUNES MIERCOLES Y VIERNES		
7.						, <u> </u>	···
	<del></del>			···			
3. DIETA	SEGÚN ES	QUEMA ENT	REGADO POR N	NUTRICIÓN			
						•	·
4. ACTIVIDAD	BEROCO DI	EL ATIMO					
4. ACTIVIDAD	REPOSO RI	ELATIVO	<del></del> .	<del></del>			<del></del>
				<u> </u>			
				<u> </u>			
5. PRÓXIMO	CONTROL	POR CONSU	LTA EXTERNA C	R. PATRICIO	HIDALGO 17/08	/2023 A LAS	11:40
CONTROL	CONTROL	EXAMEN DE	LABORATORIO	PREVIO A L	A CONSULTA DE	HEMATOLOG	IIA 17/08/2023 7:00AM
CONTROL					<del></del>		
	ACUDIR A	FMFRGENCI	A SI PRESENTA	·DIARREA V	OMITO DOLOR	FIERRE MAI	ESTAR AL ORINAR (DOLOR A
0. 3.GHO3 DE		EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DOLOR, FIEBRE, MALESTAR AL ORINAR (DOLOR A					
ALARMA ———							
	<del></del>						·
7. OTRAS			<del></del>		<del></del> .		
			<u></u>		-		
INDICACIONES							
			<del></del> -	<u> </u>			
			<del></del>	<del></del> ,			
8. CURACIÓN	EN EMEI	RGENCIA :					
			··				
9. RETIRO DE			<u></u>				
PUNTOS			<u> </u>				····
					. ,		
10. MANEJO DE	Coloque dentro de un recipiente de plástico y rígido con tapa : Jeringas con aguja fija, agujas, ampollas, fra						
DESECHOS	vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.						
SANITARIOS EN EL	nesser se que estos sectios son har reciosos - Friendsos.						
DOMICILIO							
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: Coslos Rominer					NOMBRE:	4.	
NUIVIDRE: CON		cany	1100		NOIVIBRE:	Majur	w / er
					•	Andrea Ag	uilar S.
FIRMA	1500				FIRMA Y SELLO:		
C.I: 1002001		2.2.5			<del>• + : + : + :</del>		
_///	17.00	v		•			