



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA MEDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: SANCHEZ GOMEZ ANGEL PATRICIO EDAD: 65 años MÉDICO: DR. REYES
FECHA DE INGRESO: 29/07/2023 FECHA DE EGRESO: 01/08/2023 H.CL: 270456
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
N-ACETIL CISTEINA 600MG	600MG	ORAL	DILUIR UN SOBRE EN MEDIO VASO DE AG
			AGUA Y TOMER UNA VEZ AL DIA
BROMURO DE TIOTROPIO 18UCG		ORAL	UNA INHALACION AL DIA
SIMVASTATINA 40MG	1TABLETA	ORAL	CON LA MERIENDA
METFORMINA 500MG	1TABLETA	ORAL	6:00:00

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO

5. PRÓXIMO CONTROL EN CONSULTA EXTERNA UROLOGIA YA AGENDADO

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION , DIFICULTAD PARA RESPIRAR,

7. OTRAS INDICACIONES TOMAR MEDICACION INDICADA, BAÑO DIARIO, ACUDIR A CITAS MEDICAS

8. CURACIÓN EN CLINICA DE HERIDAS

9. RETIRO DE PUNTOS EN CLINICA DE HERIDAS

10. 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 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

NOMBRE: Margarita Diaz

FIRMA Margarita Diaz

C.I.: 1705472346

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Lic. G. Acero Jorf.

FIRMA Y SELLO :

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lcda. Gabriela Acero Q.
ENFERMERA CUIDADO DIRECTO
C.I.: 1717525875

PLAN DE EGRESO PACIENTES PALIATIVOS

ÁREA MÉDICA SERVICIO CUIDADO TERAPIA DEL DOLOR

1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE: SANCHEZ GOMEZ ANGEL PATRICIO

EDAD 65 AÑOS HCL 270456



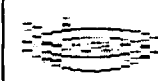
MEDICO TRATANTE: DRA. DIAZ TELÉFONO

PRÓXIMA CITA 28/8/2023 CONSULTORIO DR. BEJAR HORA:

MEDICO RESIDENTE: TELÉFONO

TELÉFONO

FECHA DE INGRESO: 29/7/2023 FECHA DE EGRESO: 1/8/2023

EGRESA EN :				CAMILLA:		CAMINANDO :			OTROS: AMBULANCIA		
2. MEDICACIÓN Y PRESENTACIÓN	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	¿PARA QUE ES?	ANTES DEL DESAYUNO	 DESAYUNO	DESPUÉS DEL DESAYUNO	ANTES DEL ALMUERZO	 ALMUERZO	DESPUÉS DEL ALMUERZO	ANTES DE LA MERIENDA	 MERIENDA	ANTES DE ACOSTARSE
ONDASETRON 8MG	BOCA	NAUSEA	1 TABLETA						1 TABLETA		
PARACETAMOL 500MG	BOCA	DOLOR	2TABLETAS					2TABLETAS			2TABLETAS
GABAPENTINA CAPSULA	BOCA	DOLOR						1CAPSULA		1CAPSULA	
DEXAMETASONA AMPOLLA	BOCA	DOLOR	2TABLETAS								
LACTULOSA 65%	BOCA	ESTRNUMIENTO								1CUCHARADA	
LPARCHE DE LIDOCAINA 5%	PIEL	DOLOR		COLOCAR							RETIRAR
MORFINA AMPOLLA	SC	DOLOR	COLOCARSE		1AMPOLLA	EN	CASO		DOLOR		
MORFINA TABLETA 30MG	ORAL	DOLOR		1TABLETA						1TABLETA	

3. OBSERVACIONES : NO DESECHAR SOBRANTES DE MORFINA SE UTILIZA PARA RESCATES

RECONFIRMO QUE LAS INDICACIONES Y CUIDADOS PARA EL DOMICILIO FUERON ENTENDIDAS POR EL FAMILIAR Y/O PACIENTE

4. PACIENTE O FAMILIAR QUE RECIBE LA INFORMACIÓN

NOMBRE : Margarita Saiz

FIRMA : Margarita Saiz

C.I : 1705472346

5. ENFERMERA QUE ELABORA

NOMBRE : Lic. G. Acero/ae

FIRMA Y SELLO : Lic. Gabriela Acero Q.

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lcda. Gabriela Acero Q.
ENFERMERA CUIDADO DIRECTO
C.I.: 1717525875

ENFERMERA QUE ENTREGA

NOMBRE : Lic. G. Acero/ae

FIRMA Y SELLO : Lic. Gabriela Acero Q.

SOLCA NÚCLEO DE QUITO
Lcda. Gabriela Acero Q.
ENFERMERA CUIDADO DIRECTO
C.I.: 1717525875

6. NOTA: Se entrega guía de llenado de infusión elastomérico con morfina al domicilio.