

## **PLAN DE EGRESO**

## ÁREA MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

							<u> </u>		
1. NOMBRE: HUR	TADO PAEZ AAR	ON DANIEL	ED	AD:	DOCE	años	MÉDICO:	DR. JONATHAN VILLACIS	
FECHA DE INGRES				so:	05/08/2			H.CL: 261828	
EGRESA EN : SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: CAMINANDO: X OTRO:								OTRO:	
2. MEDICACIÓN : c	lebe tomar las sij	guientes me	edicinas :						
MEDICACIÓN		DOSIS		VIA		HORARIO			
ONDANSETRON TABLETA		I I8MG		IORAL		POR RAZONES NECESARIAS			
- Commence of the commence of			172			17			
MERCAPTOPURINA		75 MG 1 TABLETA Y MEDIA		ORAL		2 HORAS LL	JEGO DE LA MERIENDA SIN		
							LACTEOS 20	0:00 PM 5/8/23 HASTA <mark>7/</mark> 8/23	
COTRIMOXAZOL		80MG (1/2 TABLETA)			VIA ORAL		LUNES MAP	TES Y MIERCOLES	
						8AM 20PM			
						***************************************			
						•			
	*				••••••••	**************************************			
3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN									
3. DIETA	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Segui Esqueiria entregado for notrición							
4. ACTIVIDAD	REPOSO R	REPOSO RELATIVO							
	EVITAR CAIDAS								
5. PRÓXIMO	ACUDIR A	R A CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA 8/8/2023							
CONTROL	ACODINA	THE STATE OF THE S							
	*CUDID *	ACTION A LAMBACCA COLOR CONTRADA DO LA PARAMENTA DE CONTRADA DE CO							
6. SIGNOS DE		ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE DE 38°C, VOMITO, TOS, DIFICULTAD							
ALARMA		PARA RESPIRAR, SANGRADOS, LESIONES EN LA BOCA, DOLOR GENERALIZADO, DIARREA, DOLOR DE							
and the community of th		CABEZA O CUALQUIER OTRA NOVEDAD ACUDIR POR EMERGENCIA DE SOLCA							
LLAMAR A TELEFONO 2419-773 EXTENSION 2199 2202									
7. OTRAS	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	BAÑO DIARIO							
INDICACIONES									
		DE MANOS ESTRICTO DE PACIENTE Y FAMILIARES							
EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS DE GRIF									
8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :									
9. RETIRO DE									
PUNTOS									
10. MANEJO DE								uja 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	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	dar carea a	LICENCY JOHN HIT COCK	0303	1 1				
DOMICILIO									
RECONFIRMO QU	E LAS INDICACIO	NES Y CUIE	ADOS PARA EL DOM	ICILIO I	FUERO	N ENTEN	DIDAS POR I	L FAMILIAR Y/O PACIENTE	
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN 12. ENFERMERA/O RESPONSABLE									
NOMBRE: A	lieu Váca	Vàez			NOMBRE:		35/k	i (Eu)	
***************************************									
1	~ww.				- IDAAA	V CELLO			
FIRMA :	ANTA -				FIRMA Y SELLO :			<u> </u>	
C.I:	CANALIST C.	6					The Samuel (g)		