

PLAN DE EGRESO

ÁREA EDICA HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: BETANCOU	RT LARCO	INES MERCEDES	S	EDAD:	65 años	MÉDICO:	DRA SORIA
FECHA DE INGRESO:	15/08,		FECHA DE I		16/08/2		H.CL: 253189
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS:		Х	CAMILLA:		CAMINANDO:		OTRO:
2. MEDICACIÓN: debe tomar las siguientes medicinas:							
MEDICACIÓN	DOSIS			VIA	HORARIO		
DEXAMETASONA 4MG		2 TABLETAS		ORAL	HOY 16/08/23 20:00PM		
METOCLOPRAMIDA		1 TABLETA		ORAL	ANTES DE CADA COMIDA POR 5 DIAS		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		1 AMPOLLA		SUBCUTANEA	COLCOAR EL 17/08/2023 18PM		
		1 TABLETA		ORAL	30MIN ANTES DEL DESAYUNO		
		1 TABLETA		ORAL	TOMAR 8AM Y 20PM POR 5 DIAS		
MAGALDRATO+SIMETICONA		1 CUCHARADA		ORAL	TOMAR CON CADA COMIDA PRINCIPAL		
		1 TABLETA		ORAL	TOMAR CADA DIA 6AM		
		1 TABLETA		ORAL	TOMAR CADA DIA 10AM		
DIOSMINA 500MG		1 TABLETA		ORAL	DESPUES DE LA MERIENDA UNA VEZ AL D		
			·				
3. DIETA	SEGÚN ESC	QUEMA ENTREG	ADO POR N	IUTRICIÓN			
-					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
4. ACTIVIDAD							
_							
<u>-</u>				<u> </u>	····		
5 556VIAG	CITA CON I	DRA SORIA 19/S	EPTIEMBRE	/2023 12:20)		
5. PRUXIIVIU	TUMORES MAMARIOS DR RIOFRIO 18/SEPTIEMBRE 2023 17:20						
CONTROL	LABORATORIO CLINICO 18/SEPTIEMBRE 202312:20						
6. SIGNOS DE	ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: DIARREA, VOMITO, DIFICULTAD RESPIRATORIA , ALTERACIONES DEL ESATDO DE CONCIENCIA, SANGRADO						
ALARMA -	, ALTERACIONES DEL ESATDO DE CONCIENCIA, SANGRADO						
-							
	FIA 30/AGOSTO 2023 9:00						
INDICACIONES	LABORATORIO PREVIO A TOMOGRAFIA 29/AGOSTO 2023 8:00AM						
_							
_							
							*** · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
8. CURACIÓN EN		RGENCIA :					·
•							
-							
9. RETIRO DE				·			
PUNTOS							
-							
10. MANEJO DE	Coloque di	entro de un reci	iniente de n	lástico v rígi	do con tapa : Jer	ingas con ag	uia fija, agujas, ampollas, fr
DESECHOS vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia						ergencia	
SANITARIOS EN EL	Recuerde (que estos desec	hos son: IN	FECCIOSOS -	PELIGROSOS.		
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 RESPONSABLENTY							
11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACION 12. ENFERMERA/O RESPONSABLEMANIA							
NOMBRE: Nombre: Registro: 100						stro: 1040-2011 9351 194	
	1			-			, ,
	(del	-			FIRMA Y SELLO	u a	1 1
FIRMA Y	TUT-			_	FIRIVIA Y SELLO	11.0	nifer
c.i:	17264164						
	(1-1)			•			