



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE EDAD: 16 años MÉDICO: DRA. GLENDA PONCE
FECHA DE INGRESO: 3/8/2023 FECHA DE EGRESO: 8/8/2023 H.CL: 252710
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: CAMINANDO: X OTRO:

2. MEDICACIÓN: debe tomar las siguientes medicinas:

MEDICACIÓN	DOSIS	VÍA	HORARIO
TRAMADOL	50MG: 1 TABLETA	ORAL	2PM, 10PM, 6AM EN CASO DE DOLOR MIEMBROS INFERIORES X 3DIAS
ONDASETRON	8MG: 1 TABLETA	ORAL	PREVIO TRAMADOL
PEGFILGASTRIM	6MG: 1 AMPOLLA	SUBCUTANEO	EL 9/8/2023 A LA 1 DE LA TARDE
FLUCONAZOL	150MG: 1 TABLETA	ORAL	CADA DIA A LAS 12
CLOTRIMOXAZOL	1 TABLETA	ORAL	8AM Y 8PM
AMITRIPTILINA	25MG: 1 TABLETA	ORAL	9 DE LA NOCHE
GABAPENTINA	300MG: 1 CAPSULA	ORAL	2PM, 10PM, 6AM
LACTULOSA	20ML	ORAL	8M Y 8PM SUSPENDER SI DIARREA
PREGABALINA	50MG: 1 TABLETA	ORAL	10AM Y 10PM HASTA CONTROL DE NEUROLOGIA

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD
NO ESFUERZO FISICO
NO CAIDAS
REPOSO5. PRÓXIMO CONTROL
PROXIMO CONTROL POR CONSULTA EXTERNA 24/8/2023 CON RESULTADOS DE EXAMENES
INTERCONSULTA DE NEUROLOGIA
INTERCONSULTA DE OFTALMOLOGIA6. SIGNOS DE ALARMA
ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA
TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO
TELEFONOS: 2419773 EXT:2202-21997. OTRAS INDICACIONES
BAÑO DIARIO, USO DE MASCARILLA
LAVADO Estricto DE MANOS
EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)8. CURACIÓN
EN EMERGENCIA:

9. RETIRO DE PUNTOS

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
vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia
Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.

VI

11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN

NOMBRE: Caroline ObandoFIRMA: [Firma]C.I.: 1003096763

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: Glenda PonceFIRMA Y SELLO: [Firma]ENFERMERA
C.I.: 0955928361
REG: 1064-20-0-2129162

C. Qui el



NÚCLEO DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA MÉDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: HERNANDEZ OBANDO YAHIR VICENTE EDAD: 16 años MÉDICO: DRA. GLENDA PONCE
FECHA DE INGRESO: 3/8/2023 FECHA DE EGRESO: 8/8/2023 H.CL: 252710
EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: CAMILLA: CAMINANDO: X OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VÍA	HORARIO
CLONAZEPAN	GOTAS	ORAL	3 GOTAS 10AM, 5GOTAS 10 PM
			HASTA CONTROL NEUROLOGIA
ENALAPRIL	5MG:1TABLETA	ORAL	8DE LA NOCHE

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD
NO ESFUERZO FISICO
NO CAIDAS
REPOSO5. PRÓXIMO CONTROL
PROXIMO CONTROL POR CONSULTA EXTERNA 24/8/2023 CON RESULTADOS DE EXAMENES
INTERCONSULTA DE NEUROLOGIA
INTERCONSULTA DE OFTALMOLOGIA6. SIGNOS DE ALARMA
ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENT: DOLOR INTENSO, FIEBRE MAYOR A 38, VOMITO, DIARREA
TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DETERIORO NEUROLOGICO
TELEFONOS : 2419773 EXT:2202-21997. OTRAS INDICACIONES
BAÑO DIARIO, USO DE MASCARILLA
LAVADO Estricto DE MANOS
EVITAR CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS (GRIPE)8. CURACIÓN
EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE PUNTOS

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
vidrio de medicamentos y entregar en Consulta Externa, Hospitalización o Emergencia
Recuerde que estos desechos son: INFECCIOSOS - PELIGROSOS.

VI

11. PACIENTE O FAMILIAR QUIEN RECIBE LA INFORMACIÓN

NOMBRE: Caroline ObandoFIRMA: [Firma]C.I.: 1003096763

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: O. C. C. C.FIRMA Y SELLO: [Firma]Lic. Connie Cano Correa
ENFERMERA
C.I.: 0955928361
REC.: 1004-2020-2100160
C. C. C. C.