



HOSPITAL GENERAL DE QUITO

PLAN DE EGRESO

ÁREA _ EDICA
HOSPITALIZACIÓN

1. NOMBRE: ACOSTA MUÑOZ ANA LUCIA EDAD: 69 años MÉDICO: DRA MUÑOZ
 FECHA DE INGRESO: 14/08/2023 FECHA DE EGRESO: 16/08/2023 H.CL: 249133
 EGRESA EN: SILLA DE RUEDAS: X CAMILLA: CAMINANDO: OTRO:

2. MEDICACIÓN : debe tomar las siguientes medicinas :

MEDICACIÓN	DOSIS	VIA	HORARIO
PARACETAMOL 500MG	1 TABLETA	VIA ORAL	6AM 14PM 22PM POR 3 DIAS
APREPITAN 80MG	1 TABLETA	VIA ORAL	11AM EL 16/08/2023 Y 17/08/2023
ONDASTRON 8MG	1 TABLETA	VIA ORAL	6AM 14PM 22PM POR 7 DIAS
OMEPRAZOL 20MG	1 TABLETA	VIA ORAL	ANTES DEL DESAYUNO POR 7 DIAS
PEGFILGRASTIM 6MG	1 AMPOLLA	SUBCUTANEO	COLOCAR HOY 16/08/2023 18PM
METOCLOPRAMIDA 10MG	1 TABLETA	VIA ORAL	ANTES DE CADA COMIDA POR 7 DIAS
DEXAMETASONA 4MG	1 TABLETA	VIA ORAL	10MIN ANTES DE ONDASTRON POR 3DIAS
GABAPENTINA 300MG	1 TABLETA	VIA ORAL	10AM Y 22PM
LEVOTIROXINA 50MCG	1TABLETA	VIA ORAL	ANTES DEL DESAYUNO
ESCITALPRAN 20MG	1 TABLETA	VIA ORAL	EN EL DESAYUNO
LEXOTAN 3MG	1 TABLETA	VIA ORAL	1 TAB EN LA NOCHE Y MEDIA TAB PRN

3. DIETA SEGÚN ESQUEMA ENTREGADO POR NUTRICIÓN

4. ACTIVIDAD REPOSO RELATIVO, NO ESFUERZO FISICO

5. PRÓXIMO CONTROL CITA CON DRA MUÑOZEL 04/09/2023 11:40 REALIZAR EXAMENES PREVIO CITA 04/09/2023 7AM
 ACUDIR A ECOGRAFIA DE CUELLO 16/10/2023 10:15 Y LABORATORIO 16/10/2023 07:30AM
 CITA CON TERAPIA DEL DOLOR 23/08/2023 8AM

6. SIGNOS DE ALARMA ACUDIR A EMERGENCIA SI PRESENTA: FIEBRE MAYOR DE 38 GRADOS NO CEDE, MALESTAR GENERAL, ORIN
 DOLOR QUE NO CEDE CON LA MEDICACION, NAUSEA, VOMITO POR VARIAS OCASIONES .

7. OTRAS INDICACIONES ZOPLICONA 7.5MG TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE
 CITA CON DRA PEÑA EL 24/10/2023 10:20
 TAC S/C +CREATININA 15/09/2023 10AM

8. CURACIÓN EN EMERGENCIA :

9. RETIRO DE PUNTOS

10. MANEJO DE DESECHOS 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
 SANITARIOS EN EL DOMICILIO 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: Ana Acosta

FIRMA: [Firma]

C.I.: 1801176480

12. ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE: L. GARCIA

FIRMA Y SELLO: [Firma]

HOLA HOSPITAL DE QUITO
 Eda. Valeria Garcia
 ENFERMERA CUIDADO CRÍTICO
 C.I. 173677440