ORDEN DE MEDICAMENTOS

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E- RIONEGRO
Nit. 890907254
Dir. CRA 70 Nº 40-68 - Tel. 5313700

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 25/06/2022 05:57:04p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 25/06/2022 05:57:04p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3594870 ARNOLDO DE JESUS MEJIA GARCIA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 2
No Historia: 3594870 Orden N°: 1535256

R/.

Código: A02BO002101 **Medicamento:** OMEPRAZOL 20 MG TAB
Código CUM:41072-8 **Invima:**2012M-013239-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIAMENTE EN AYUNAS 7 AM.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 MESES

Código: A03BH013021 **Medicamento:** HIOSCINA BUTILBROMURO 10 MG TAB
Código CUM:19949535-7 **Invima:**2015M-0004065-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 10 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS HORARIO: 7 AM* 1 PM* 7 PM EN CASO DE DOLOR ABDOMINAL.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 MESES.

Código: C07AM017161 **Medicamento:** METOPROLOL 50 MG TAB (REG)
Código CUM:19976470-3 **Invima:**2007M-0007318
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR MEDIA TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS* HORARIO: 7 AM Y 7 PM .**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA POR 5 MESES.

Código: A02A4018231 **Medicamento:** HIDROXIDO ALUMINIO MAGNESIO SIMETICONA X 360 ML
Código CUM:37223-10 **Invima:**2010M-003275
Medida: FRASCO **Concentración:** 200-200-20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Una cucharada 20 ml de suspensión por vía oral* una hora después de cada alimento y al acostarse.**
Periodo Duración Tratamiento: 6 *ESES

Código: A06AB010021 **Medicamento:** BISACODILO 5 MG TAB
Código CUM:19943745-2 **Invima:**2014M-0003206-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 5 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA LUEGO DE LA COMIDA CON UN VASO CON AGUA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: N02BA001011 **Medicamento:** ACETAMINOFEN 500 MG TAB
Código CUM:19935303-4 **Invima:**2018M-0002317-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 500 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 90 (NOVENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB CADA 8H**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 25/06/2022 05:57:04p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 25/06/2022 05:57:04p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3594870 ARNOLDO DE JESUS MEJIA GARCIA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 2
No Historia: 3594870 Orden N°: 1535256

R/.

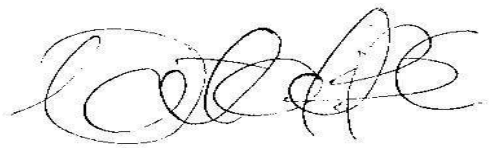
Código: N06AB0601 **Medicamento:** SERTRALINA 50 MG TABLETA
Código CUM:19903348-1 **Invima:**
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB AL DIA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: N06AT023011 **Medicamento:** TRAZODONE 50 MG TAB
Código CUM:19941742-5 **Invima:**2014M-0003092-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA ANTES DE ACOSTARSE**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: M058A040101 **Medicamento:** ALENDRONATO 70 MG V.O
Código CUM: **Invima:**
Medida: TABLETA **Concentración:** 70 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 4 (CUATRO) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta a la semana (el dia MIERCOLES)* con dos vasos de agua* caminar o permancer de pie de 30 minutos a 1 hora .**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: F413 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MIXTOS
DX Relacionado 1: M818 OTRAS OSTEOPOROSIS, SIN FRACTURA PATOLOGICA
DX Relacionado 2: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



DR. NATALI BELLO CIFUENTES
CC 1037586071
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1037586071