# 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 04:47:59p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 25/06/2022 04:47:59p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 19147299 CARLOS VILLA GUTIERREZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 19147299 Orden N°: 1535250

***R/.***

**Código:** 103006017 **Medicamento:** LOSARTAN 50 MG TAB
**Código CUM:**19965499-11 **Invima:**2017M-0005915-R1
**Medida:** TABLETA **Concentración:** 50MG **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
**Cantidad:** 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
**Dosis y Frecuencia de Administración:** **1 TAB CADA 12 HORAS**
**Periodo Duración Tratamiento:** 6 MESES

---

**Código:** C08CA010101 **Medicamento:** AMLODIPINO 5 MG TAB
**Código CUM:**55895-6 **Invima:**2018M-006138-R2
**Medida:** TABLETA **Concentración:** 5 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
**Cantidad:** 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
**Dosis y Frecuencia de Administración:** **Tomar 1 tableta Via Oral en la Tarde 5 pm.**
**Periodo Duración Tratamiento:** 6 MESES

---

**Código:** N05AL004201 **Medicamento:** LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML (4%) GOTA FCO X 800 GOTAS
**Código CUM:**19977387-2 **Invima:**2007M-0007588
**Medida:** FRASCO **Concentración:** 40 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
**Cantidad:** 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO 20 CC **Cantidad Entregada:** _____
**Dosis y Frecuencia de Administración:** **8gotas cada noche**
**Periodo Duración Tratamiento:** 3 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:** 120 (CIENTO VEINTE) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
**Dosis y Frecuencia de Administración:** **TOMAR UNA TABLETA LA 6AM* 12M* 6 PM Y 11 PM SI TIENE FIEBRE O DOLOR**
**Periodo Duración Tratamiento:** 6 meses

---

**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:** S01GC041602 **Medicamento:** CROMOGLICATO 4% OFTALMICO40MG/ML FRASCOX5ML
**Código CUM:**19998840-1 **Invima:**2009M-0010100
**Medida:** FRASCO **Concentración:** 40 **Via Administración:** OFTALMICA
**Cantidad:** 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO 5 CC **Cantidad Entregada:** _____
**Dosis y Frecuencia de Administración:** **INSTILAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS DURANTE 3 MESES**
**Periodo Duración Tratamiento:** 6 meses

---

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 25/06/2022 04:47:59p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 25/06/2022 04:47:59p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 19147299 CARLOS VILLA GUTIERREZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 19147299 Orden N°: 1535250

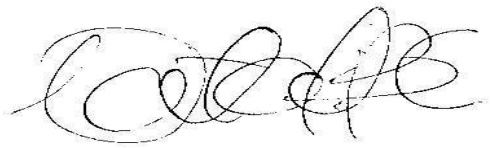
***R/.***

**Indicaciones a juicio del Prescriptor:**

---

DX Principal: H578 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL OJO Y SUS ANEXOS

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO NUEVO
**Vigencia de la Orden:** Vigente por 72 Horas



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