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: 09/06/2022 02:29:21p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 09/06/2022 02:29:21p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21960529 MARIA GRACIELA CARVAJAL ZAPATA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21960529 Orden N°: 1530067

R/.

Código: C03AH006011 **Medicamento:** HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG
Código CUM:34162-7 **Invima:**2009M-001733-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 25 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA EN LA MAÑANA**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: B04AL018011 **Medicamento:** LOVASTATINA 20 MG TAB
Código CUM:40518-6 **Invima:**2018M-012909-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 2 tableta cada noche**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: C09AE002012 **Medicamento:** ENALAPRIL 20 MG TAB
Código CUM:44569-25 **Invima:**2017M-012985-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS* HORARIO: 7 AM Y 7 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: N02BA003011 **Medicamento:** ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB
Código CUM:19936296-8 **Invima:**2013M-0002447-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 100 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA DIARIA SOBRE EL ALMUERZO**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: C08CA010101 **Medicamento:** AMLODIPINO 5 MG TAB
Código CUM:55895-6 **Invima:**2018M-006138-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 5 **Via Administración:**
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: 5 meses

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

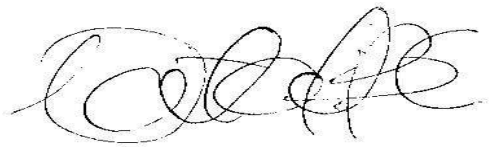
Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 09/06/2022 02:29:21p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 09/06/2022 02:29:21p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21960529 MARIA GRACIELA CARVAJAL ZAPATA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21960529 Orden N°: 1530067

R/.

Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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