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: 25/10/2022 02:04:11p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 25/10/2022 02:04:11p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 3436752 ELISEO DE JESUS PALACIO CASTAÑEDA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 3436752 Orden N°: 1565679

R/.

Código: R03BB002452 **Medicamento:** BECLOMETASONA 250 MCG/PUFF FCOX200PUFF
Código CUM:19935124-2 **Invima:**2013M-0002366-R1
Medida: FRASCO **Concentración:** 250 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **APLICAR DOS PUFF CADA 12 HORAS . FORMULA VALIDA POR TRES MESES.**
Periodo Duración Tratamiento: 3 MESES

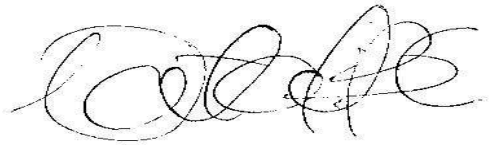
Código: R03AS001471 **Medicamento:** SALBUTAMOL INHALADOR 100MCG/PUFF FCOX200PUFF
Código CUM:20001675-1 **Invima:**2009M-0009874
Medida: FRASCO **Concentración:** 100 **Via Administración:** RESPIRATORIA
Cantidad: 3 (TRES) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 A 4 PUFFS CADA 6 HORAS* SI TOS O DIFICULTAD PARA RESPRIAR**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA APRA 3 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: 3 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

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: J449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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