CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 63893
202211160021 - 1

SIH/0.01/20[illegible]0-01-01

Nombre del Usuario: WALQUIRIA MONTOYA ESPINOZA
Numero de cedula: CC 1114091341
Género: Femenino
Edad: 82 Ano(s)
Dirección: CASA 53 LA PRIMAVERA
Teléfono: 3212954340
Celular: 3212954340

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 16/11/2022 11:03:55 **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: N394 **DXR1:** I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00292	LOSARTAN POTASICO TAB 50MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.

Obs: 2 AL DIA
Observaciones:

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

WALQUIRIA MONTOYA ESPINOZA
CC 1114091341

Entregado por:

CC - Nombre

ENTREGADO

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 63884
202211160018 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: CARNMELINA PARRA BERMUDEZ
Numero de cedula: CC 38900594
Género: Femenino
Edad: 78 Ano(s)
Dirección: CRA 63 NUMERO 14 - 02 HOGAR LA EMILIA
Teléfono: 2103855
Celular: 3127437156

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: **16/11/2022 10:19:17** **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: N394 **DXR1:** R15X INCONTINENCIA FECAL **DXR2:** I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00771	ISOSORBIDE DINITRATO TAB 10MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: 1 TB CADA 12HORAS							
10071	METOPROLOL TARTRATO 50 MG METOPROLOL TARTRATO 50 MG | **TABLETA**	1.00 UNID	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: 1 CADA 12 HORAS							

Observaciones:

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

CARNMELINA PARRA BERMUDEZ
CC 38900594

Entregado por:

CC - Nombre

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 63918
202211170023 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: BLANCA NUBIA VILLA DE GONZALEZ
Numero de cedula: CC 29392647
Género: Femenino
Edad: 80 Ano(s)
Dirección: CALLE 1 37-85
Teléfono: 000000000000
Celular: 3052382615

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 17/11/2022 10:19:05 **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: L039 **DXR1**: B368 OTRAS MICOSIS SUPERFICIALES ESPECIFICADAS **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00147	DICLOXACILINA TAB 500MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 6 HORA(S)	8 DIA(S)	32	32 TAB.
Obs: 1 TB CADA 6H							
00006	ACETAMINOFEN 500 MG X 100 TAB | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 6 HORA(S)	20 DIA(S)	80	80 TAB.
Obs: 1 TB CADA 6H							
00135	DEXAMETASONA (ACETATO) AMP 8 MG/ 2ML DE BASE (0.8%) | **SOLUCION INYECTABLE**	1.00 AMP	INTRAMUSCULAR	Cada 24 HORA(S)	1 DIA(S)	1	1 AMP.
Obs: 1 AMP IM							
00058	BETAMETASONA CREMA 0.0005 | **CREMA**	1.00 UNID	TOPICA	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	3 TUB.
Obs: APLICAR EN PIEL AFECTADA MAÑANA Y NOCHE							
00767	CLOTRIMAZOL 1% CREMA TOPICA 40G | **CREMA**	1.00 UNID	TOPICA	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	3 TUB.
Obs: APLICAR EN PIEL AFECTADA MAÑANA Y NOCHE							

Observaciones:

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO

Recibí:

BLANCA NUBIA VILLA DE GONZALEZ
CC 29392647

Entregado por:

CC - Nombre

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 63918
202211170023 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: BLANCA NUBIA VILLA DE GONZALEZ
Numero de cedula: CC 29392647
Género: Femenino
Edad: 80 Ano(s)
Dirección: CALLE 1 37-85
Teléfono: 000000000000
Celular: 3052382615

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 17/11/2022 10:19:05 **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: L039 **DXR1**: B368 OTRAS MICOSIS SUPERFICIALES ESPECIFICADAS **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00147	DICLOXACILINA TAB 500MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 6 HORA(S)	8 DIA(S)	32	32 TAB.
Obs: 1 TB CADA 6H							
00006	ACETAMINOFEN 500 MG X 100 TAB | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 6 HORA(S)	20 DIA(S)	80	80 TAB.
Obs: 1 TB CADA 6H							
00135	DEXAMETASONA (ACETATO) AMP 8 MG/ 2ML DE BASE (0.8%) | **SOLUCION INYECTABLE**	1.00 AMP	INTRAMUSCULAR	Cada 24 HORA(S)	1 DIA(S)	1	1 AMP.
Obs: 1 AMP IM							
00058	BETAMETASONA CREMA 0.0005 | **CREMA**	1.00 UNID	TOPICA	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	3 TUB.
Obs: APLICAR EN PIEL AFECTADA MAÑANA Y NOCHE							
00767	CLOTRIMAZOL 1% CREMA TOPICA 40G | **CREMA**	1.00 UNID	TOPICA	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	3 TUB.
Obs: APLICAR EN PIEL AFECTADA MAÑANA Y NOCHE							

Observaciones:

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO

Recibí:

BLANCA NUBIA VILLA DE GONZALEZ
CC 29392647

Entregado por:

CC Nombre

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 62885
202209210027 - 3

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: DENEY SALAZAR QUINTERO
Numero de cedula: CC 29379828
Género: Femenino
Edad: 80 Ano(s)
Dirección: CRA 63 NUMERO 14 - 02 ZARAGOZA
Teléfono: 3127437156
Celular: 3127437156

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cont: (EPSC05) CAPITA SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 21/11/2022 10:16:34 **Profesional:Angela Maria Isaza Montejo.(enfermero.)**

Diagnostico: I10X **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00292	LOSARTAN POTASICO TAB 50MG | **TABLETA**	1.00 TAB	NO APLICA	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 DIA							
00220	HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25MG | **TABLETA**	1.00 UNID	NO APLICA	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 DIA							

Observaciones:TRANSCRIPCION FORMULA POR 3 MESES (DR OSPINA)

Elaboró: Recibí: Entregado por:

ANGELA MARIA ISAZA MONTEJO
ENFERMERO JEFE

DENEY SALAZAR QUINTERO
CC 29379828

CC - Nombre



CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 62881
202209210025 - 3

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: MARIA ROSALBA NOREÑA
Numero de cedula: CC 29654574
Género: Femenino
Edad: 79 Ano(s)
Dirección: CASA HOGAR LA EMILIA CRA 63 NUMERO 14 - 02
Teléfono: 2103855
Celular: 3127437156

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cont: (EPSC05) CAPITA SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 21/11/2022 10:07:30 **Profesional:Angela Maria Isaza Montejo.(enfermero.)**

Diagnostico: I10X **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00292	LOSARTAN POTASICO TAB 50MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: 2 AL DIA							
00315	METOPROLOL TARTRATO TAB 50MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: 2 AL DIA							
00220	HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25MG | **TABLETA**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 AL DIA							
00046	ATORVASTATINA TAB 40MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: TOMAR 1 TAB NOCHE							

Observaciones:TRANSCRIPCION FORMULA MEDICA X 3 MESES (DR OSPINA)

Elaboró:

ANGELA MARIA ISAZA MONTEJO
ENFERMERO JEFE

Recibí:

MARIA ROSALBA NOREÑA
CC 29654574

Entregado por:

CC - Nombre

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 62878
202209210024 - 3

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: FRANCISCO JAVIER HOYOS CARDONA
Numero de cedula: CC 1308311
Género: Masculino
Edad: 92 Ano(s)
Dirección: CARRERA 63 14 02
Teléfono: 2149595
Celular: 3128437156

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 21/11/2022 09:59:46

Profesional:Angela Maria Isaza Montejo.(enfermero.)

Diagnostico: I10X | **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00168	ENALAPRIL MALEATO TAB 5MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: 2 AL DIA							
00278	LEVOTIROXINA SODICA 50MCG TABLETA | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 EN AYUNAS							
00046	ATORVASTATINA TAB 40MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 CADA NOCHE							

Observaciones:TRANSCRIPCION FORMULA MEDICA X 3 MESES (DR OSPINA)

Elaboró:

ANGELA MARIA ISAZA MONTEJO

Recibí:

FRANCISCO JAVIER HOYOS CARDONA

Entregado por:

CC - Nombre

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836006386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 64016
202211220038 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: NOELBA GIL MEJIA
Numero de cedula: CC 29048724
Género: Femenino
Edad: 86 Ano(s)
Dirección: CASA HOGAR LA EMILIA
Teléfono: 2103855
Celular: 3128437156

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: **22/11/2022 11:34:45** **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: I10X **DXR1**: F023 DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (G20†) **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00270	LEVODOPA + CARBIDOPA TAB 250+25MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 DIA							
00336	NIFEDIPINA TAB 30 MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 DIA							
00292	LOSARTAN POTASICO TAB 50MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: 2 DIA							

Observaciones:3 MESES

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL

Recibí:

NOELBA GIL MEJIA
CC 29048724

Entregado por:

CC = Nombre

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 63556
202210250027 - 2

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: OLGA CECILIA MONSALVE PEREZ
Numero de cedula: CC 43011621
Género: Femenino
Edad: 69 Ano(s)
Dirección: CALLE 12 * 5-28 CENTRO
Teléfono: 3118235412
Celular: 3118235412

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cont: (EPSC05) CAPITA SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 25/11/2022 12:03:02 **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: F319 **DXR1**: F03X DEMENCIA , NO ESPECIFICADA **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Vía	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00398	QUETIAPINA TAB 25MG | **TABLETA**	2.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	60 TAB.
Obs: 2 TB CADA NOCHE							
00443	ACIDO VALPROICO CAPSULA 250 MG | **CAPSULA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: 1 CADA 12HORAS							
3503	MEMANTINA 10MG 10MG | **TABLETA**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 UNI.
Obs: 1 CADA DIA							

Observaciones:3 MESES

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

OLGA CECILIA MONSALVE PEREZ
CC 43011621

Entregado por:

CC - Nombre

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 63559
202210250027 - 5

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: OLGA CECILIA MONSALVE PEREZ
Numero de cedula: CC 43011621
Género: Femenino
Edad: 69 Ano(s)
Dirección: CALLE 12 * 5-28 CENTRO
Teléfono: 3118235412
Celular: 3118235412

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS
Cont: (EPSC05) CAPITA SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: **25/11/2022 12:03:37** **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: F319 **DXR1**: F03X DEMENCIA , NO ESPECIFICADA **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00022	ALPRAZOLAM TAB 0.25 | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.

Obs: 1 CADA NOCHE
Observaciones:3 MESES

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

OLGA CECILIA MONSALVE PEREZ
CC 43011621

Entregado por:

CC - Nombre

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 64125
202211280010 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: MARIA SEBASTIANA MONTOYA ESPINOSA
Numero de cedula: CC 31411493
Género: Femenino
Edad: 79 Ano(s)
Dirección: CRA 63 NUMERO 14 - 02
Teléfono: 3127437156
Celular: 3212954346

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: **28/11/2022 08:38:02** **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: I10X **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Vía	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00292	LOSARTAN POTASICO TAB 50MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: 1 CADA 12HORAS							
00205	GEMFIBROZIL TAB 600MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 AL DIA							
00006	ACETAMINOFEN 500 MG X 100 TAB | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: 1 TB CADA 12HORAS							

Observaciones:3 MESES

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

MARIA SEBASTIANA MONTOYA ESPINOSA
CC 31411493

Entregado por:

CC Nombre:

ENTREGADO

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 8[illegible]6000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 64124
202211280007 - 4

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: MARIA GLORIA OROZCO
Numero de cedula: CC 25091641
Género: Femenino
Edad: 93 Ano(s)
Dirección: CRA 19 4 28
Teléfono: 3217054696
Celular:

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 28/11/2022 08:30:03 **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: I10X **DXR1**: N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00341	NITROFURANTOINA TAB 100MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	10 DIA(S)	20	20 TAB.

Obs: 1 TB CAD A 12HORAS
Observaciones:

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

MARIA GLORIA OROZCO
CC 25091641

Entregado por:

CC - Nombre

ENTREGADO

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 64128
202211280011 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: ROSINE MERCADO
Numero de cedula: CC 29367830
Género: Femenino
Edad: 90 Ano(s)
Dirección: CALLE 13 NO. 8 - 11
Teléfono: 3175078949
Celular: 3175078949

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: **28/11/2022 08:50:31** **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: I10X **DXR1**: N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00292	LOSARTAN POTASICO TAB 50MG | **TABLETA**	2.00 TAB	ORAL	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	60	60 TAB.
Obs: TOMAR 1 TAB C/12 HORAS							
00220	HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25MG | **TABLETA**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: TOMAR 1 TAB DIARIA							
00032	AMLODIPINO TAB 5MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: TOMAR 1 TAB AL DIA							
00277	LEVOTIROXINA SODICA 100MCG TABLETA | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: TOMAR 1 TAB EN AYUNAS							

Observaciones:3 MESES

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

ROSINE MERCADO
CC 29367830

Entregado por:

CC - Nombre

Nombre del Usuario: SALOMON DIAZ RESTREPO
Numero de cedula: CC 1359957
Género: Masculino
Edad: 93 Ano(s)
Dirección: CALLE 4BIS #11D15
Teléfono: 3116498429
Celular: 3116498429

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: NUEVA EPS
Cont: (EPSC37) CAPITA NUEVA EPS

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: **28/11/2022 11:34:21** **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: F03X **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
3658	QUETIAPINA 50MG 50MG | **TABLETA**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.

Obs: 1 TB CADA NOCHE
Observaciones:3 MESES

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

SALOMON DIAZ RESTREPO
CC 1359957

Entregado por:

CC - Nombre

INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 63581
202210270030 - 2

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: DELIA LUCIA SOLARTE
Numero de cedula: CC 31244455
Género: Femenino
Edad: 70 Ano(s)
Dirección: CALLE 13 #62-24
Teléfono: 3004857611
Celular: 3004857611

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 27/11/2022 12:04:45 **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: F412 **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00196	FLUOXETINA TAB 20MG | **TABLETA**	2.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	60 TAB.
Obs: 2 CADA DIA							
00346	OLANZAPINA TAB 10MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 CADA DIA							

Observaciones:3 MESES

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

DELIA LUCIA SOLARTE
CC 31244455

Entregado por:

CC - Nombre

Entregado el 29 de Noviembre/22

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 64163
202211290007 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: BLANCA ILVIA GIRALDO GRANADA
Numero de cedula: CC 31434241
Género: Femenino
Edad: 77 Ano(s)
Dirección: CASA HOGAR LA EMILIA CRA 63 NUMERO 14 - 02
Teléfono: 2103855
Celular: 3127437156

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 29/11/2022 08:11:46 **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: E039 **DXR1**: K295 GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA **DXR2**: G470 TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS] **DXR3**: E788 OTROS TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00272	LEVOMEPROMAZINA SOL ORAL 40 MG/ML (4%) | **SOLUCION ORAL**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	1 FRA.
Obs: 4 GOTAS EN LA NOCHE							
00278	LEVOTIROXINA SODICA 50MCG TABLETA | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: UNA TABLETA EN AYUNAS							
00180	ESOMEPRAZOL TABLETA CUBIERTA 40MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: UNA TABLETA AL DIA							
00443	ACIDO VALPROICO CAPSULA 250 MG | **CAPSULA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 CADA DIA							
00045	ATORVASTATINA TABLETA 20 MG | **TABLETA**	1.00 TAB	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	30 TAB.
Obs: 1 EN LAS NOCHES							

Observaciones:3 MESES

Elaboró: ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO

Recibí: BLANCA ILVIA GIRALDO GRANADA CC 31434241

Entregado por: CC - Nombre

CENTRO DE SALUD ZARAGOZA
NIT. 836000386-0
ZARAGOZA (Tel:2095002)
Consulta Externa

Prescripcion 64166
202211290008 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: LUZ AYDEE URIBE DE MONTOYA
Numero de cedula: CC 24929509
Género: Femenino
Edad: 80 Ano(s)
Dirección: CALLE 36 C 1 N46
Teléfono: 3103961433
Celular: 3103961433

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V019) RECUPERACION SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: 29/11/2022 08:21:01 **Profesional:Angelica Maria Maldonado Agude.(medicina .)**

Diagnostico: G470 **Serv. Actual:** AMBULATORIOS

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00272	LEVOMEPROMAZINA SOL ORAL 40 MG/ML (4%) | **SOLUCION ORAL**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	30 DIA(S)	30	1 FRA.

Obs: 5 GOTAS CADA NOCHE
Observaciones:3 MESES

Elaboró:

ANGELICA MARIA MALDONADO AGUDELO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 762184

Recibí:

LUZ AYDEE URIBE DE MONTOYA
CC 24929509

Entregado por:

CC - Nombre



IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO ESE
NIT. 836000386-0
CRA 3 B # 1 - 40 SAN VICENTE (Tel:2095002)
Promocion y Mantenimiento de la Salud

Prescripcion 1647861
202210240436 - 2

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: LUIS ALFONSO SOTO ALZATE
Numero de cedula: CC 2533682
Género: Masculino
Edad: 88 Ano(s)
Dirección: CALLE 7 NO. 8 - 42
Teléfono: 3103548732
Celular: 3103548732

Tipo Usuario: Subsidiado POS
Admin: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Cont: (SVA2014C1V018) PYP SUBSIDIADO

• Prescripción de Medicamentos

Fecha y Hora: **24/11/2022 13:22:14**

Profesional:Juan Carlos Rojas Castillo.(medicina .)

Diagnostico: Z000 **Serv. Actual:** PROMOCION Y PREVENCION

Cod.	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
00694	SALBUTAMOL 100 MCG INHLADOR I **UNIDAD**	1.00 UNID	NO APLICA	Cada 8 HORA(S)	30 DIA(S)	1	1 UNI.
Obs: 2 PUFF C/8 HORAS							
00053	BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG/DOSIS SOLUCION PARA INHALACION I **UNIDAD**	1.00 UNID	NO APLICA	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	1	1 UNI.
Obs: 2 PUFF CADA 12 HORAS							
00719	BROMURO DE IPRATROPIO INHALADOR 20 MCG/PUFF I **AEROSOL**	1.00 UNID	NO APLICA	Cada 12 HORA(S)	30 DIA(S)	1	1 UNI.
Obs: 2 PUFF CADA 12 HORAS.							

Observaciones:

Elaboró:

JUAN CARLOS ROJAS CASTILLO
MEDICINA GENERAL
Registro Profesional 11360 90

Recibí:

LUIS ALFONSO SOTO ALZATE
CC 2533682

Entregado por:

CC - Nombre

IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SEDE CARTAGO

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS

CODIGO DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: 761470371502

890303841-8

Datos del paciente: Identificación : CC 2538334 Edad : 90 Numero de orden

Nombre : JULIO CESAR MURILLO AGUDELO Telefono: 3114300726 **1768406**

Asegurador : COOSALUD SUBSIDIADO Historia de control: 93890-3 Pagina: 1

	SOLICITUD			CANTIDAD
1	19900525-01	INHALADOR SALBUTAMOL (SULFATO) AEROSOL 100MCG/INH	15/11/2022 16:19:01	1 Medicamentos
PEDIDO :3 - 3PUFF CADA 6 HRS				
2	19952506-01	IPRATROPIO BROMURO (INHAL)	15/11/2022 16:19:44	1 Medicamentos
PEDIDO :2 - 3 PUFF CADA 8 HRS				
3	224830-01	LOSARTAN 50 MG TAB	15/11/2022 16:20:00	30 Medicamentos
PEDIDO :49 - 1 TAB VO CADA 24 HRS X 1 MES				
4	16478-01	OMEPRAZOL CAP 20MG	15/11/2022 16:20:29	30 Medicamentos
PEDIDO :38 - 1 TAB VO CADA 24 HRS EN AYUNO X 1MES				

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION

DIAGNÓSTICO RELACIONADO:

GRUPO DE SERVICIO : HOSPITALIZACION 2

MODALIDAD DE SERVICIO : 01 - INTRAMURAL

Maria F. Bedoya

CR3 BIS CII 1 y 2 CARTAGO - COLOMBIA - PBX 2147122 Impreso: 15/11/2022 16:20:34

Vigencia de la orden: 90 días RedSalud V1-19102019

Medico: MARIA FERNANDA BEDOYA MAFLA

Identifiacion: 1113681288 RM: 1113681288

23 NOV 2022

OPORTUNIDAD DE VIDA SAS - NIT 90.043.8792-0

DUPLICADO DE FORMULA MÉDICA 85205

Lunes, 31-Oct-2022 02:24 pm

RECLAMAR EL 31-Oct-2022 00:00 am

R-FAST 8.7 Cloud - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

Historia: 1309471 Id: CC 1309471 Usuario: ORREGO LOPEZ JOSE ABELARDO Masculino 78 Años

Dirección: CL 18 5-100 EL LLANO- CARTAGO Teléfonos : 3234428673 Trabajo : Avisar a :0 Fecha nacimiento: 14.08.1944

Dpto: VALLE DEL CAUCA Municipio : Santiago de Cali Barrio: Comuna Desconocida

Regimen: Subsidiado Empresa: COOSALUD EPS S.A. - Nivel: NIVEL 1 Numero de afiliacion:

Facturado a: Subsidiado Empresa :COOSALUD EPS S.A. Nivel : NIVEL 1

Ambito: AmbulatorioCentro producción: 1001-CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA Documento de venta: 760010826003-DPS-207994

Diagnóstico C_PPAL: F323. EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS.

Empresa: COOSALUD EPS S.A. - Nivel: NIVEL 1

MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS

CANTIDAD		DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	VÍA ADMON	DOSIS	POSOLOGÍA	DURACIÓN
180	CIENTO OCHENTA	[0029] Acido Valproico Tableta 250 Mg	Tableta O	ORAL	1	1 Cada 12 Horas	90 Días
90	NOVENTA	[192] Escitalopram Oxalato 10 Mg Tableta	Tableta	ORAL	1	Con Desayuno	90 Días
180	CIENTO OCHENTA	[7703763999217] Olanzapina 5 Mg Tableta	Tableta O	ORAL	2	En La Noche	90 Días
90	NOVENTA	[7707367050763] Difenhidramina 50 Mg Capsula	Capsula	ORAL	1	En La Noche	90 Días

03-NOV-2022

ENTREGADO

Marcela Valencia Amado
Medico Psiquiatra
C.C. 52.136.683

[PQ03] PSIQU CARTAGO - MARCELA VALENGIA AMADO
Reg. Prof: 52136683
CARTAGO

ENTREGADO POR

R-FAST 8.7 Cloud

ORREGO LOPEZ JOSE ABELAR
CC 1309

FORMULA MÉDICA 85205 - Pág 2 d