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: 13/02/2023 05:13:05p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/02/2023 05:13:05p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 8274553 REYNALDO DE JESUS LOPEZ GIRALDO
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 8274553 Orden N°: 1592148

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: 5meses

Código: C03CF017011 **Medicamento:** FUROSEMIDA 40 MG TAB
Código CUM:42216-13 **Invima:**2014M-004573-R4
Medida: TABLETA **Concentración:** 40 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 15 (QUINCE) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta interdiaria**
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: R03AS001471 **Medicamento:** SALBUTAMOL INHALADOR 100MCG/PUFF FCOX200PUFF
Código CUM:20001675-1 **Invima:**2009M-0009874
Medida: FRASCO **Concentración:** 100 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 3 (TRES) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFFS CADA 6 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: R01AI017471 **Medicamento:** BROMURO IPRATROPIO INHALADOR 20 MCG/PUFF FCOX200PU
Código CUM:20066836-3 **Invima:**2021M-0015094-R1
Medida: FRASCO **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFF CADA 8 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: C07AB07 **Medicamento:** BISOPROLOL 5 MG TABLETA
Código CUM: **Invima:**2021M-0016454-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 5MG **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

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/02/2023 05:13:05p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/02/2023 05:13:05p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 8274553 REYNALDO DE JESUS LOPEZ GIRALDO
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 8274553 Orden N°: 1592148

R/.

Código: C03DE008011 **Medicamento:** ESPIRONOLACTONA 25 MG TAB
Código CUM:19973061-5 **Invima:**2018M-0006839-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 25 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta diaria en la mañana**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

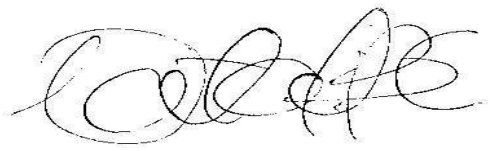
Código: C10AA050101 **Medicamento:** ATORVASTATINA 40 MG TAB V.O
Código CUM:20085383-15 **Invima:**2015M-0016377
Medida: TABLETA **Concentración:** 40 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta diaria antes de la comida**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: A02BC050201 **Medicamento:** ESOMEPRAZOL 20 MG TAB
Código CUM:19960407-9 **Invima:**2012M-0013134
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta diaria en ayunas**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: A10BX12 **Medicamento:** EMPAGLIFLOZINA 10 MG TABLETA
Código CUM:20073367-3 **Invima:**2015M-0016002
Medida: TABLETA **Concentración:** 10 MG **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

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: J449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
DX Relacionado 1: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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