MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2023-03-13 14:02:57
Nro. Prescripción
20230313125035406454

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:	Municipio:	Código Habilitación:
ANTIOQUIA	RIONEGRO	056150137601

Documento de Identificación:	Nombre Prestador de Servicios de Salud:
890907254	JORGE HUMBERTO GONZÁLEZ NOREÑA
Dirección: KR 48 # 56-59	**Teléfono:** 5313700

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
CC39430047	GALVIS	ALZATE	MARIA	DEL CORADO

Número Historia Clínica:	Diagnóstico Principal:	Usuario Régimen:	Ambito atención:
39430047	R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE	SUBSIDIADO	AMBULATORIO - PRIORIZADO

MEDICAMENTOS

Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[ACETAMINOFEN] 325MG/1U ; [CODEINA FOSFATO] 8MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 UNIDADES	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	1 TAB CADA 12H VO	180 / CIENTO OCHENTA / TABLETA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:	Nombre:
CC1037586071	NATALI BELLO CIFUENTES
Registro Profesional: 1037586071	Firma
Especialidad:	CodVer: F702-41C5-F685-21F9-FDDC-C1CE-A233-ACAD

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.