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: 13/03/2023 01:56:58p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/03/2023 01:56:58p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21738954 MARIA ISABEL RIOS URIBE
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 2
No Historia: 21738954 Orden N°: 1599667

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: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA CADA DIA.**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

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: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta diaria en la mañana**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

Código: B03BF014011 **Medicamento:** ACIDO FOLICO 1 MG TAB
Código CUM:35662-18 **Invima:**2009M-011236-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 1MG **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA DESPUES DE LA CENA**
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: R01AI017471 **Medicamento:** BROMURO IPRATROPIO INHALADOR 20 MCG/PUFF FCOX200PU
Código CUM:20066836-3 **Invima:**2021M-0015094-R1
Medida: FRASCO **Concentración:** 20 **Via Administración:** RESPIRATORIA
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFF CADA 8 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

Código: C07AM017161 **Medicamento:** METOPROLOL 50 MG TAB (REG)
Código CUM:19976470-3 **Invima:**2007M-0007318
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 15 (QUINCE) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR MEDIA TABLETA CADA DIA.**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/03/2023 01:56:58p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/03/2023 01:56:58p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21738954 MARIA ISABEL RIOS URIBE
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 2
No Historia: 21738954 Orden N°: 1599667

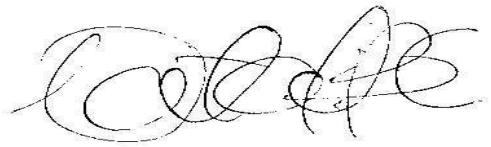
R/.

Código: B03AH011162 **Medicamento:** SULFATO FERROSO 300 MG TAB
Código CUM:20080792-20 **Invima:**2015M-0016190
Medida: TABLETA **Concentración:** 300 **Via Administración:**
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA SOBRE EL ALMUERZO* PRODUCE COLOR OSCURO EN LAS HECES.**
Periodo Duración Tratamiento: 5 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: 5 meses

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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