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 01:54:15p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/03/2023 01:54:15p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21803442 MARIA EUFEMIA RESTREPO HINCAPIE
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21803442 Orden N°: 1599666

R/.

Código: N06AB10 **Medicamento:** ESCITALOPRAM 10 MG TABLETA V.O
Código CUM:20088760-2 **Invima:**2016M-0016808
Medida: TABLETA **Concentración:** 10MG **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB DIARIA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: B03BC012701 **Medicamento:** CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B12) 1MG/ML AMP X 1 ML
Código CUM:40260-2 **Invima:**2013M-003990-R4
Medida: AMPOLLA **Concentración:** 1 **Via Administración:** I.M. (INTRAMUSCULAR)
Cantidad: 6 (SEIS) **Forma Farmaceutica:** AMPOLLA 1 CC **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **UNA MENSUAL**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: H03AL006011 **Medicamento:** LEVOTIROXINA 50 MCG TAB
Código CUM:19960116-17 **Invima:**2017M-0005365-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 45 (CUARENTA Y CINCO) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIAMENTE EN LA MAÑANA EN AYUNAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

Código: C08CN006102 **Medicamento:** NIFEDIPINA 30 MG RETARD
Código CUM:20025310-8 **Invima:**2018M-0012346-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 30 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 tab diaria**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

Código: N02BA001011 **Medicamento:** ACETAMINOFEN 500 MG TAB
Código CUM:19935303-4 **Invima:**2018M-0002317-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 500 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 20 (VEINTE) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA LA 6AM* 12M* 6 PM Y 11 PM SI TIENE FIEBRE O DOLOR**
Periodo Duración Tratamiento: 5 DIAS

Código: N06AT023011 **Medicamento:** TRAZODONE 50 MG TAB
Código CUM:19941742-5 **Invima:**2014M-0003092-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA ANTES DE ACOSTARSE**
Periodo Duración Tratamiento: 6MESES

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/03/2023 01:54:15p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/03/2023 01:54:15p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 21803442 MARIA EUFEMIA RESTREPO HINCAPIE
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21803442 Orden N°: 1599666

R/.

Código: A06AB010021 **Medicamento:** BISACODILO 5 MG TAB
Código CUM:19953922-2 **Invima:**2016M-0004952-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: 3 MESES

Código: C07AG02 **Medicamento:** CARVEDILOL 6.25 MG (REG)
Código CUM:19951090-8 **Invima:**2015M-0004474-R1
Medida: UNIDAD **Concentración:** 6.25 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 6 (SEIS) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB CADA 12H**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

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: **1T AB CADA 12H**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: B01AF02 **Medicamento:** APIXABAN X 2.5 MG TAB
Código CUM:20040898-01 **Invima:**2012M-0013353
Medida: TABLETA **Concentración:** 2.5MG **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB CADA 12H**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

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: 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: 3 (TRES) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFF CADA 6 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/03/2023 01:54:15p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/03/2023 01:54:15p.m.

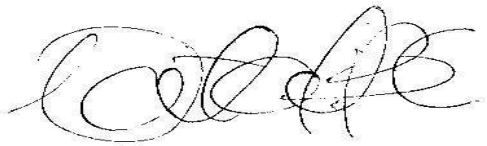
Documento y Nombre del Paciente: CC 21803442 MARIA EUFEMIA RESTREPO HINCAPIE
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21803442 Orden N°: 1599666

R/.

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

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
DX Relacionado 1: E039 HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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