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 01:45:49p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/03/2023 01:45:49p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21960099 MARIA MARGARITA OCAMPO DE JARAMILLO
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21960099 Orden N°: 1599659

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 12H**
Periodo Duración Tratamiento: 6 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: 6 MESES

Código: A02BO002101 **Medicamento:** OMEPRAZOL 20 MG TAB
Código CUM:20035947-28 **Invima:**2019M-0013109-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIAMENTE EN AYUNAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: A11CC003101 **Medicamento:** CALCITRIOL 0.25 MCG
Código CUM:19934690-1 **Invima:**2018M-0002275-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 0.25 **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

Código: C02CP026011 **Medicamento:** PRAZOSINA 1 MG TAB
Código CUM:19961372-7 **Invima:**2017M-0005408-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 1 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta cada noche**
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: 120 (CIENTO 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: 6 MESES

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/03/2023 01:45:49p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/03/2023 01:45:49p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 21960099 MARIA MARGARITA OCAMPO DE JARAMILLO
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21960099 Orden N°: 1599659

R/.

Código: N02AT020201 **Medicamento:** TRAMADOL GOTAS 100MG/ML (10%) FCO X 200 GOTAS
Código CUM:216131-2 **Invima:**2008M-011842-R1
Medida: FRASCO **Concentración:** 100 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO 10 CC **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **5GOTAS CADA 12H**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: R06AL016011 **Medicamento:** LORATADINA 10 MG TAB
Código CUM:39641-1 **Invima:**2020M-014625-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 10 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA EN LA NOCHE AL ACOSTARSE**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: A10AE040101 **Medicamento:** INSULINA GLARGINA LAPICERO PRELLENADO 3ML (REG)
Código CUM:19914312-7 **Invima:**2010M-0011501
Medida: UNIDAD **Concentración:** 100 **Via Administración:** S.C. (SUBCUTANEA)
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** UNIDAD **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **aplicarse 14 unidades subcutaneas diariamente a las 7 pm**
Periodo Duración Tratamiento: 1 mes * repetiro por 5 meses

Código: A10AB060102 **Medicamento:** INSULINA GLULISINA LAPICERO PRELLENADO 3ML (REG)
Código CUM:19950479-1 **Invima:**2005M-0004264
Medida: UNIDAD **Concentración:** 100 **Via Administración:** S.C. (SUBCUTANEA)
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** UNIDAD **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **aplicarse 3 unidades antes de desayuno * 3 unidades antes del almuerzo* y 3 unidades antes de la comida**
Periodo Duración Tratamiento: 1 mes * repetir por 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: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta diaria antes de la comida**
Periodo Duración Tratamiento: du

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

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/03/2023 01:45:49p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/03/2023 01:45:49p.m.

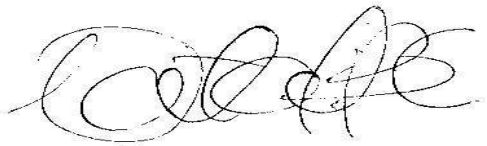
Documento y Nombre del Paciente: CC 21960099 MARIA MARGARITA OCAMPO DE JARAMILLO
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21960099 Orden N°: 1599659

R/.

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

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
DX Relacionado 1: E109 DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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