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: 04/05/2023 02:54:47p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 04/05/2023 02:54:47p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21867540 CARMEN EMILIA SOTO OCAMPO
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21867540 Orden N°: 1612550

R/.

Código: A10BM011011 **Medicamento:** METFORMINA 850 MG TAB
Código CUM:19905554-12 **Invima:**2009M-13957-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 850 **Via Administración:**
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 tab cada 12 horas sobre desayuno y sobre comida**
Periodo Duración Tratamiento:

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: 15 (QUINCE) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR MEDIA TABLETA ANTES DE ACOSTARSE**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: A12AC001012 **Medicamento:** CALCIO 600 MG + VITAMINA D 200 UI
Código CUM:30970-6 **Invima:**2018M-002872-R2
Medida: UNIDAD **Concentración:** 600-200 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA**
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: 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

Código: 103007023 **Medicamento:** ATORVASTATINA 20 MG TAB (REG)
Código CUM:19963352-15 **Invima:**2017M-0005892-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 1 tableta diaria antes de la comida**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 04/05/2023 02:54:47p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 04/05/2023 02:54:47p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21867540 CARMEN EMILIA SOTO OCAMPO
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21867540 Orden N°: 1612550

R/.

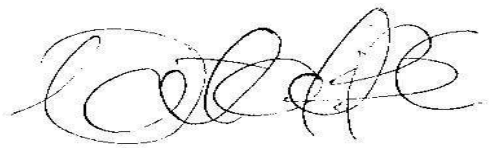
Código: A07CS002251 **Medicamento:** SALES DE REHIDRATACION ORAL SOBRE
Código CUM:19976857-3 **Invima:**2021M-0007276-R1
Medida: UNIDAD **Concentración:** 3.5 2.9 1.5 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 15 (QUINCE) **Forma Farmaceutica:** SOBRE **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **DILUIR EL CONTENIDO DEL SOBRE EN UN LITRO DE AGUA HERVIDA ESTADO YA FRIA Y TOMAR UN VASO GRANDE DESPUES DE CADA DEPOSICION DIARREICA O CUANDO TENGA SED. NOTA: GUARDAR EN SITIO FRESCO O EN NEVERA Y SE DEBE DESECHAR A LAS 24 HORAS DE PREPARADO SI NO FUE CONSUMIDO**
Periodo Duración Tratamiento: 15 DIAS

Código: A03BH013021 **Medicamento:** HIOSCINA BUTILBROMURO 10 MG TAB
Código CUM:19973908-2 **Invima:**2021M-0007441-R1
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 A LAS 6AM* 2 PM Y 10 PM**
Periodo Duración Tratamiento: 10 DIAS

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: A099 GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO
DX Relacionado 1: E46X DESNUTRICION PROTEICOCALORICA , NO ESPECIFICADA
DX Relacionado 2: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO NUEVO
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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