# 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 02:21:28p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 04/05/2023 02:21:28p.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°: 1612529

***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 02:21:28p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 04/05/2023 02:21:28p.m.

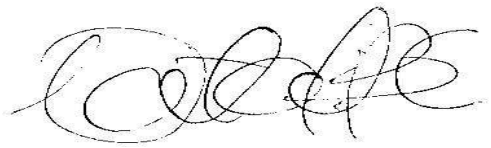
Documento y Nombre del Paciente: CC 21867540 CARMEN EMILIA SOTO OCAMPO
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21867540 Orden N°: 1612529

***R/.***

**Indicaciones a juicio del Prescriptor:**

---

DX Principal: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
**Vigencia de la Orden:** Vigente por 72 Horas



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