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: 13/06/2023 04:42:56p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/06/2023 04:42:56p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 15425221 ALVARO DE JESUS SILVA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 15425221 Orden N°: 1622316

R/.

Código: 103007023 **Medicamento:** ATORVASTATINA 20 MG TAB (REG)
Código CUM:19963352-15 **Invima:**2017M-0005892-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:**
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta diaria antes de la comida**
Periodo Duración Tratamiento: 5meses

Código: C09AE002012 **Medicamento:** ENALAPRIL 20 MG TAB
Código CUM:19955429-5 **Invima:**2016M-0005089-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS* HORARIO: 7 AM Y 7 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: C08CA010101 **Medicamento:** AMLODIPINO 5 MG TAB
Código CUM:55895-6 **Invima:**2018M-006138-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 5 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS* HORARIO: 7 AM Y 7 PM..**
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:**
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: C07AM017161 **Medicamento:** METOPROLOL 50 MG TAB (REG)
Código CUM:19976470-3 **Invima:**2007M-0007318
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:**
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **tomar media tab cada 12 horas 7 am 7 pm**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Código: H03AL006011 **Medicamento:** LEVOTIROXINA 50 MCG TAB
Código CUM:19960116-17 **Invima:**2017M-0005365-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:**
Cantidad: 46 (CUARENTA Y SEIS) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA EN LA MAÑANA EN AYUNAS DIAS IMPARES Y 2 TAB JUNTAS LOS DIAS PARES**
Periodo Duración Tratamiento: 5 meses

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/06/2023 04:42:56p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/06/2023 04:42:56p.m.

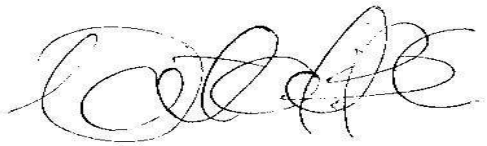
Documento y Nombre del Paciente: CC 15425221 ALVARO DE JESUS SILVA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 15425221 Orden N°: 1622316

R/.

Código: C03AH006011 **Medicamento:** HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG
Código CUM:212764-10 **Invima:**2008M-012410-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: 5 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