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 04:29:20p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/06/2023 04:29:20p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 19147299 CARLOS VILLA GUTIERREZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 19147299 Orden N°: 1622308

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 12 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 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: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta Via Oral en la Tarde 5 pm.**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: N05AL004201 **Medicamento:** LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML (4%) GOTA FCO X 800 GOTAS
Código CUM:19977387-2 **Invima:**2007M-0007588
Medida: FRASCO **Concentración:** 40 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO 20 CC **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **8gotas cada noche**
Periodo Duración Tratamiento: 3 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: 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: 6 MESES

Código: S01GC041602 **Medicamento:** CROMOGLICATO 4% OFTALMICO40MG/ML FRASCOX5ML
Código CUM:19998840-1 **Invima:**2009M-0010100
Medida: FRASCO **Concentración:** 40 **Via Administración:** OFTALMICA
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO 5 CC **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **INSTILAR UNA GOTA EN CADA OJO CADA 12 HORAS DURANTE 3 MESES**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

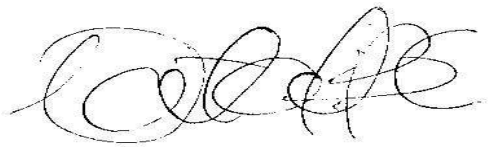
Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/06/2023 04:29:20p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/06/2023 04:29:20p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 19147299 CARLOS VILLA GUTIERREZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 19147299 Orden N°: 1622308

R/.

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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