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 04:32:53p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/06/2023 04:32:53p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 15421859 JAIME DE JESUS GUTIERREZ BETANCUR
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 15421859 Orden N°: 1622311

R/.

Código: 103006017 **Medicamento:** LOSARTAN 50 MG TAB
Código CUM:19965499-11 **Invima:**2017M-0005915-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **UNA EN LA MAÑANA 7 AM**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 MESES.

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 A LAS 7 AM.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 MESES.

Código: N02BA003011 **Medicamento:** ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG TAB
Código CUM:19936296-8 **Invima:**2013M-0002447-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 100 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA DIARIA SOBRE EL ALMUERZO 1 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 MESES.

Código: B04AL018011 **Medicamento:** LOVASTATINA 20 MG TAB
Código CUM:40518-6 **Invima:**2018M-012909-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 2 tableta diaria antes de la comida 7 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA POR 5 MESES.

Código: A10BM011011 **Medicamento:** METFORMINA 850 MG TAB
Código CUM:19905554-12 **Invima:**2009M-13957-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 850 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA VIA ORAL DESPUES DEL DESAYUNO A LAS 7 AM.**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA POR 5 MESES.

Código: N04BL003011 **Medicamento:** CARBIDOPA 25MG/LEVODOPOA250MG TAB
Código CUM:1980397-1 **Invima:**2008 M 007252 R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 25/250 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 90 (NOVENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB CADA 8 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

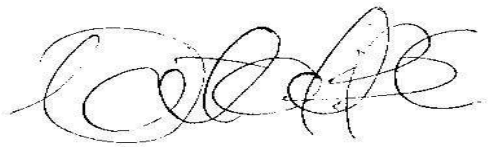
Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/06/2023 04:32:53p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/06/2023 04:32:53p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 15421859 JAIME DE JESUS GUTIERREZ BETANCUR
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 15421859 Orden N°: 1622311

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