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 03:48:07p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/06/2023 03:48:07p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 22099155 ROSALBA CARDENAS MARTINEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 22099155 Orden N°: 1622289

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: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 tab cada 12 horas HORARIO: 7 AM Y 7 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 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 2 tableta Via Oral en la Tarde 5 pm.**
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 7 AM**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 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 2 TABLETAS JUNTAS VIA ORAL CADA 12 HORAS* HORARIO: 7 AM Y 7 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA POR 5 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 A LAS 8 AM.**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA POR 5 MESES.

Código: C10AA070102 **Medicamento:** ROSUVASTATINA 40 MG
Código CUM: **Invima:**
Medida: TABLETA **Concentración:** 40 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 150 (CIENTO CINCUENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA CADA NOCHE A LAS 7 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA POR 5 MESES.

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 13/06/2023 03:48:07p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 13/06/2023 03:48:07p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 22099155 ROSALBA CARDENAS MARTINEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 22099155 Orden N°: 1622289

R/.

Código: A10BH05 **Medicamento:** LINAGLIPTINA 5 MG TABLETA
Código CUM:20023511-3 **Invima:**INVIMA 2017M-0012597-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 5MG **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 150 (CIENTO CINCUENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA SOBRE AL ALMUERZO A LAS 1 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA POR 5 MESES.

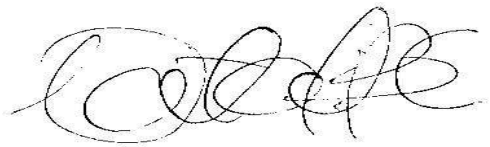
Código: C02CP026011 **Medicamento:** PRAZOSINA 1 MG TAB
Código CUM:19961372-7 **Invima:**2017M-0005408-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 1 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta cada noche**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: C03CF017011 **Medicamento:** FUROSEMIDA 40 MG TAB
Código CUM:42216-13 **Invima:**2014M-004573-R4
Medida: TABLETA **Concentración:** 40 **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: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
DX Relacionado 2: E785 HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

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



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