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: 24/07/2023 01:38:02p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 01:38:02p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 39431207 ANA ROSALBA RESTREPO ESCOBAR
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 39431207 Orden N°: 1632122

R/.

Código: R06AL016011 **Medicamento:** LORATADINA 10 MG TAB
Código CUM:39641-1 **Invima:**2020M-014625-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 10 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA EN LA NOCHE AL ACOSTARSE**
Periodo Duración Tratamiento: 6 mes

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: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 cada 24 horas**
Periodo Duración Tratamiento: 6 mes

Código: C08DV016021 **Medicamento:** VERAPAMILO 80 MG TAB
Código CUM:37892-4 **Invima:**2017M-012136-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 80 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 90 (NOVENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar1 cada 8 horas**
Periodo Duración Tratamiento: 6 mes

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: NO5AH040101 **Medicamento:** QUETIAPINA 25 MG (REG)
Código CUM:19991189-2 **Invima:**2008M-0008787
Medida: TABLETA **Concentración:** 25 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB DIARIA**
Periodo Duración Tratamiento: 3 MESES

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

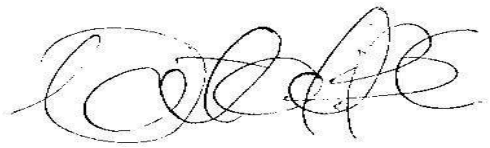
DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 24/07/2023 01:38:02p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 01:38:02p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 39431207 ANA ROSALBA RESTREPO ESCOBAR
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 39431207 Orden N°: 1632122

R/.

Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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