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 01:46:43p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 01:46:43p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21962006 BLANCA EDILMA GARCIA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21962006 Orden N°: 1632126

R/.

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: 5 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: D07AB004331 **Medicamento:** BETAMETASONA 0.05% CREMA X 40 GR
Código CUM:19999832-2 **Invima:**2009M-0009231
Medida: TUBO **Concentración:** 0.05% **Via Administración:** TOPICA
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** TUBO X 30 GRS **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **APLICAR EN EL AREA AFECTADA 3 VECES AL DIA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MES

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: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB CADA 12H**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

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 MESES

Código: N06AB10 **Medicamento:** ESCITALOPRAM 10 MG TABLETA V.O
Código CUM:20088760-2 **Invima:**2016M-0016808
Medida: TABLETA **Concentración:** 10MG **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB EN EL DIA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 24/07/2023 01:46:43p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 01:46:43p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21962006 BLANCA EDILMA GARCIA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21962006 Orden N°: 1632126

R/.

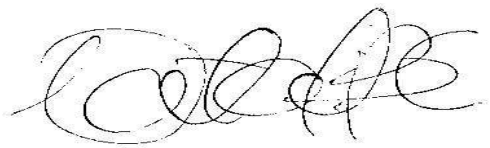
Código: N04BB008011 **Medicamento:** BIPERIDENO 2 MG TAB
Código CUM:19900906-12 **Invima:**2009 M-012650 R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 2 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB CADA 12**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: N05AX08 **Medicamento:** RISPERIDONA GOTAS 1MG/ML FRASCO X 20ML
Código CUM:19956205-3 **Invima:**2017M-0004983-R1
Medida: FRASCO **Concentración:** 1MG/ML **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **10 GOTAS CADA NOCHE**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: B04AG002011 **Medicamento:** GEMFIBROZILO 600 MG TAB
Código CUM:1981505-13 **Invima:**2020M-000186-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 600 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta diaria antes de la comida**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

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