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 02:58:06p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 02:58:06p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 34986819 CARMEN ROCIO GONZALEZ MARTINEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: DESPLAZADO REGIMEN SUBSIDIADO
No Historia: 34986819 Orden N°: 1632156

R/.

Código: C03DE008011 **Medicamento:** ESPIRONOLACTONA 25 MG TAB
Código CUM:19973061-5 **Invima:**2018M-0006839-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**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

Código: R03AS001471 **Medicamento:** SALBUTAMOL INHALADOR 100MCG/PUFF FCOX200PUFF
Código CUM:20001675-1 **Invima:**2009M-0009874
Medida: FRASCO **Concentración:** 100 **Via Administración:** RESPIRATORIA
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFFS CADA 6 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

Código: R01AI017471 **Medicamento:** BROMURO IPRATROPIO INHALADOR 20 MCG/PUFF FCOX200PU
Código CUM:20066836-3 **Invima:**2021M-0015094-R1
Medida: FRASCO **Concentración:** 20 **Via Administración:** RESPIRATORIA
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFF CADA 6 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

Código: R03BB002452 **Medicamento:** BECLOMETASONA 250 MCG/PUFF FCOX200PUFF
Código CUM:19935124-2 **Invima:**2013M-0002366-R2
Medida: FRASCO **Concentración:** 250 **Via Administración:** RESPIRATORIA
Cantidad: 1 (UN) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFFS CADA 12 HORAS**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

Código: H03AL006011 **Medicamento:** LEVOTIROXINA 50 MCG TAB
Código CUM:19960116-17 **Invima:**2017M-0005365-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 1 tableta en ayunas 6 AM**
Periodo Duración Tratamiento: 6 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: 6meses

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 24/07/2023 02:58:06p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 02:58:06p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 34986819 CARMEN ROCIO GONZALEZ MARTINEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: DESPLAZADO REGIMEN SUBSIDIADO
No Historia: 34986819 Orden N°: 1632156

R/.

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: **1 tableta con el almuerzo**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

Código: C08CN006102 **Medicamento:** NIFEDIPINA 30 MG RETARD
Código CUM:20025310-8 **Invima:**2018M-0012346-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 30 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 tableta cada 12 horas**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

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: 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: 30 (TREINTA) **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: 7 días

Código: N06AT023011 **Medicamento:** TRAZODONE 50 MG TAB
Código CUM:19941742-5 **Invima:**2014M-0003092-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA ANTES DE ACOSTARSE**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

Código: C07AG020101 **Medicamento:** CARVEDILOL 12.5 MG TAB
Código CUM:19951089-8 **Invima:**2015M-0004473-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 12.5 **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

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

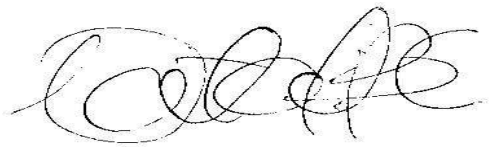
DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
DX Relacionado 1: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
DX Relacionado 2: I252 INFARTO ANTIGUO DEL MIOCARDIO
DX Relacionado 3: J449 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 24/07/2023 02:58:06p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 02:58:06p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 34986819 CARMEN ROCIO GONZALEZ MARTINEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: DESPLAZADO REGIMEN SUBSIDIADO
No Historia: 34986819 Orden N°: 1632156

R/.

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