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 01:48:28p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 01:48:28p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21801649 LUCIA ESCOBAR ARBELAEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21801649 Orden N°: 1632127

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: **TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS* HORARIO: 8 AM Y 8 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: 6 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: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 tableta cada 12 horas**
Periodo Duración Tratamiento: 6 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: **1 tableta cada 12 horas**
Periodo Duración Tratamiento: 6 meses

Código: B03BF014011 **Medicamento:** ACIDO FOLICO 1 MG TAB
Código CUM:35662-18 **Invima:**2009M-011236-R2
Medida: TABLETA **Concentración:** 1 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA DESPUES DE LA CENA**
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:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 2 (DOS) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **REALIZAR 2 PUFFS CADA 6 HORAS**
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: 6 meses

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 24/07/2023 01:48:28p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 01:48:28p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21801649 LUCIA ESCOBAR ARBELAEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21801649 Orden N°: 1632127

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: 6 meses

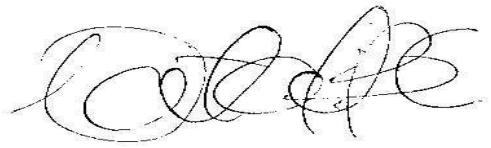
Código: N06AB0601 **Medicamento:** SERTRALINA 50 MG TABLETA
Código CUM:19903348-1 **Invima:**
Medida: TABLETA **Concentración:** 50 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 180 (CIENTO OCHENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB AL DIA**
Periodo Duración Tratamiento: 6 MESES

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

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: R53X MALESTAR Y FATIGA

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



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