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 01:51:06p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 01:51:06p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21959864 MARIA DEL SOCORRO GIL GONZALEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: DESPLAZADO REGIMEN SUBSIDIADO
No Historia: 21959864 Orden N°: 1632129

R/.

Código: C09AE002012 **Medicamento:** ENALAPRIL 20 MG TAB
Código CUM:19955429-5 **Invima:**2016M-0005089-R1
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **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: 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: 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**
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: 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:

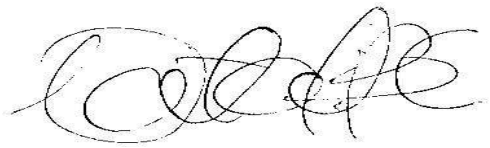
DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 24/07/2023 01:51:06p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 01:51:06p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21959864 MARIA DEL SOCORRO GIL GONZALEZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: DESPLAZADO REGIMEN SUBSIDIADO
No Historia: 21959864 Orden N°: 1632129

R/.

Vigencia de la Orden: Vigente por 72 Horas



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