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 04:14:02p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 04:14:02p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21623959 MARTHA DE JESUS BETANCUR SEPULVEDA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21623959 Orden N°: 1632191

R/.

Código: C03AH006011 **Medicamento:** HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG
Código CUM:212764-10 **Invima:**2008M-012410-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 cada mañana VIA ORAL 7 am.**
Periodo Duración Tratamiento: 5 MESES.

Código: A12AC001012 **Medicamento:** CALCIO 600 MG + VITAMINA D 200 UI
Código CUM:30970-6 **Invima:**2018M-002872-R2
Medida: UNIDAD **Concentración:** 600-200 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **TOMAR UNA TABLETA DIARIA A LAS 8 AM.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 MESES.

Código: B04AL018011 **Medicamento:** LOVASTATINA 20 MG TAB
Código CUM:40518-6 **Invima:**2018M-012909-R3
Medida: TABLETA **Concentración:** 20 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 60 (SESENTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **Tomar 2 tabletas diaria antes de la comida a las 7 pm.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 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: **TOMAR UNA TABLETA VIA ORAL CADA 12 HORAS* HORARIO: 7 AM Y 7 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 MESES.

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: 7 AM Y 7 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: POR 5 MESES.

Código: C07AM017161 **Medicamento:** METOPROLOL 50 MG TAB (REG)
Código CUM:19976470-3 **Invima:**2007M-0007318
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: 7 AM Y 7 PM.**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA POR 5 MESES.

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 24/07/2023 04:14:02p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 04:14:02p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 21623959 MARTHA DE JESUS BETANCUR SEPULVEDA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21623959 Orden N°: 1632191

R/.

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: VALIDA POR 5 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 1 cada 12 horas**
Periodo Duración Tratamiento: 1 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: 120 (CIENTO VEINTE) **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: POR 5 MESES.

Código: R03AK06 **Medicamento:** SALMETEROL + FLUTICASONA X 50/500MCG
Código CUM:19902533-01 **Invima:**2009 M-13778-R1
Medida: FRASCO **Concentración:** 50/500MCG **Via Administración:** RESPIRATORIA
Cantidad: 5 (CINCO) **Forma Farmaceutica:** FRASCO **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **HACER UNA INHALACION CADA 12 HORAS* HORARIO: 7 AM Y 7 PM .**
Periodo Duración Tratamiento: VALIDA POR 5 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: **4 puff cada 30 minutos por 3 horas**
Periodo Duración Tratamiento:

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: **4 puff cada 30 minutos por 3 horas**
Periodo Duración Tratamiento:

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 24/07/2023 04:14:02p.m.
Lugar y Fecha: RIONEGRO, ANTIOQUIA 24/07/2023 04:14:02p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 21623959 MARTHA DE JESUS BETANCUR SEPULVEDA
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 21623959 Orden N°: 1632191

R/.

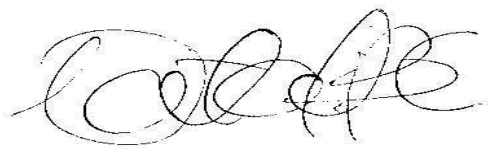
Código: NO5AH040101 **Medicamento:** QUETIAPINA 25 MG (REG)
Código CUM:19991189-2 **Invima:**2008M-0008787
Medida: TABLETA **Concentración:** 25 **Via Administración:** V.O. (VIA ORAL)
Cantidad: 30 (TREINTA) **Forma Farmaceutica:** TABLETA **Cantidad Entregada:** _____
Dosis y Frecuencia de Administración: **1 TAB AL DIA**
Periodo Duración Tratamiento: 5 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: 5 MESES

Indicaciones a juicio del Prescriptor:

DX Principal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

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