ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS	Código: FOR-PSS-733 Versión: 0 Fecha: Memo I2023036946 - 28/11/2023 Página: 2 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Maria del Socorro Parra Montañez	No de documento:	34975348

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
22/07/2024	Acetaminofen 500 mg	Tableta	1 Tab	oral	Día			20	
22/07/2024	Trazadona 50 mg	Tableta	1 Tab	oral	Día			20	
22/07/2024	Calcio 600 mg Vitamina D3 200 UI	Tableta	1 Tab	oral	Día	12			
05/08/2024	Acido Ascorbico 500 mg	Tableta	1 Tab	oral	Día	10			
05/08/2024	Betametasona 0.05 %	Crema	2 veces dia	Topica	2 veces dia	6	18		
	Diclofenaco 1 %	Gel							

SERVICIO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO
MODALIDAD: NO APLICA
UNIDAD OPERATIVA: BELLO HORIZONTE
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: MARIA DEL SOCORRO PARRA MONTAÑEZ
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE__
No. DE DOCUMENTO: 34975348

Medicamento (Vía, Dosis, Presentación Frecuencia)	1/08/2024			2/08/2024			3/08/2024			4/08/2024			5/08/2024		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
ACETAMINOFEN POR 500 MG, ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL, CADA DIA 20:00			20			20			20			20			
TRAZADONA 50 MG, ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL, NOCHE, 20:00			20			20			20			20			
CALCIO POR 600 MG+VITAMINA D3 200UI ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA 12:00	12			12			12			12					
Betametasona Crema Topica 0,05% Aplicar Topico 2 veces dia 06:00 18:00															
Acido Ascorbico 500mg Tomar 1 Tableta via oral dia 10:00															
Diclofenaco Sodico 1% Gel Topico aplicar cada 12hrs 08:00 20:00															
MAÑANA															
TARDE															
NOCHE															

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENT
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181

FORMULACION MEDICA EXTE

Paciente	ANA CLAUDIA MONROY DE ANTONIO	Edad	61 Años / 4 Meses / 30 Dias
Identificacion	51851319	Telefono	310458591
Centro- Atencion	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE	Cama	
Direccion	CRA 3ª Este 31C 21 SUR	Telefono	2062249
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S		
No. Cama		Area de Servicio:	6BHC12
Plan de Beneficios:	PGP CAPITAL SALUD EPS		

Diagnostico Principal : E039 - HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO

No Formula: FAM000027082269

Indentificador GFM LCS

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	
122MH142418 LEVOTIROXINA SODICA 50mcg TABLETA	(30) TREINTA	50 MCG	TABLETA	Oral	TOM
122MN012889 SERTRALINA 50 MG TABLETA RECUBIERTA	(30) TREINTA	50 MG	TABLETA	Oral	TOMAR
122MN012723 acetaMINOFEN 500 MG TABLETA	(60) SESENTA	500 MG	TABLETA	Oral	1 C

Total Items: 3

DIAGNOSTICOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENT
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181

FORMULACION MEDICA EXTER

Paciente	MARIA DEL ROSARIO PARRA MONTAÑEZ	Edad	71 Años / 4 Meses / 6 Dias
Identificacion	34975348	Telefono	3138330074
Centro- Atencion	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE	Cama	
Direccion	CRA 3ª Este 31C 21 SUR	Telefono	2062249
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S		
No. Cama		Area de Servicio:	6BHC12 SOLC12 - OLAYA CONSULTA EXTERNA
Plan de Beneficios:	TIPOLOGIA CONSULTORIO BASICO CAPITAL SALUD EPSS		

Diagnostico Principal : I832 - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA E INFLAMACION

No Formula: FAM000027076241

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	
122MD054892 BETAMETASONA 0.05% CREMA TOPICA TUBO 20 G	(1) UNO	0.05%	TUBO	Topico	APLICAR 2 AFECTAD
122MN012723 acetaMINOFEN 500 MG TABLETA	(90) NOVENTA	500 MG	TABLETA	Oral	TOMAR UNA T VIA ORAL

Total Items: 2

DIAGNOSTICOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-733
Versión: 0
Fecha: Memo 12023036946 - 28/11/2023

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Ana Elmilsen Tarazona	No de documento:	51 828 387

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
31/05/2024	Bromuro Ipatropio 20mcg 1mL	Inhalador	2poff	Inhalada	cada 8 horas.	6	14	22	
31/05/2024	levetiracetam 500mg	Tableta	1tab	oral	cada 12 horas	8		20	
31/05/2024	Omeprazol 20mg	Capsula	1cap	oral	Dia	6			
31/05/2024	Acido Valproico 250mg	Capsula	1cap	oral	cada 8 horas	6	14	22	
26/07/2024	Bromuro de Ipatropio poff	Inhalador 20mcg	2 Poff	Inhalado	cada 12 horas	8		20	
06/08/2024	Cefalexina 500mg.	Capsula	1 Cap	Oral	Cada 8 horas.	8	16	24.	Por 3 dias.

Powered by CamScanner

B194

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051 **Call center: 3078181 018000118181** Fecha Actual : lunes, 05 agosto 202

FORMULACION MEDICA EXTERNO

				Folio	247
Paciente	**ANA EMILSEN TARAZONA**	Edad	62 Años / 9 Meses / 20 Días	No. Historia	**51828387**
Identificacion	**51828387**	Telefono	3192116661	Ingreso	**17293650**
Centro- Atencion	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA	Cama	URGE075 - CAMILLA 75 URGENCIAS ADULTO SANTA CLARA	Fecha Ingreso	5/08/2024 11:19:14 a.
Direccion	Carrera 14B No.1 – 45 sur	Telefono	3282828	Fecha prescripcion	05/08/2024 4:16 p. m.
Entidad	EPS FAMISANAR SAS			Suministro Paciente	
No. Cama	URGE075 - CAMILLA 75 URGENCIAS ADULTO SANTA CLARA	Area de Servicio:			

Plan de Beneficios: **FAMISANAR EPS-S**

Diagnostico Principal : S019 - HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

No Formula: **FAM000027112603**

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122MJ032471 CEFALEXINA 500 MG CAPSULA	(15) QUINCE	500 MG	CAPSULA	Oral	CEFALEXINA 500 MG CADA 8 HRS DURANTE 5 DÍAS	☑	5 d

Total Items: 1

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	
S019	HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA	Principal	Presuntivo

CORTES BUITRAGO RUBEN DARIO
CIRUGIA PLASTICA
79295292

Reclame INMEDIATAMENTE, validez 72 horas, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:30 am a 6:00 pm jornada continua, sabados de 7:30 a.m a 1:00 p.m

"Señor usuario, si usted es afiliado a la EPS Capital Salud y su consulta no fue presencial o le prescribieron medicamentos no PGP, el trámite de sus medicamentos se coordinará entre la Subred y la EPS; la entrega de los medicamentos se realizará en los 5 días hábiles siguientes en la dirección registrada. Para otras EPS, solicite información en la farmacia o atención al usuario de la unidad."



ATU 161 Famisanar
CAPITADO
COLSUBSIDIO

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-733
Versión: 0
Fecha: Memo I2023036946 - 28/11/2023
Página: 2 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Rodrigo Castañeda	No de documento:	19310201

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

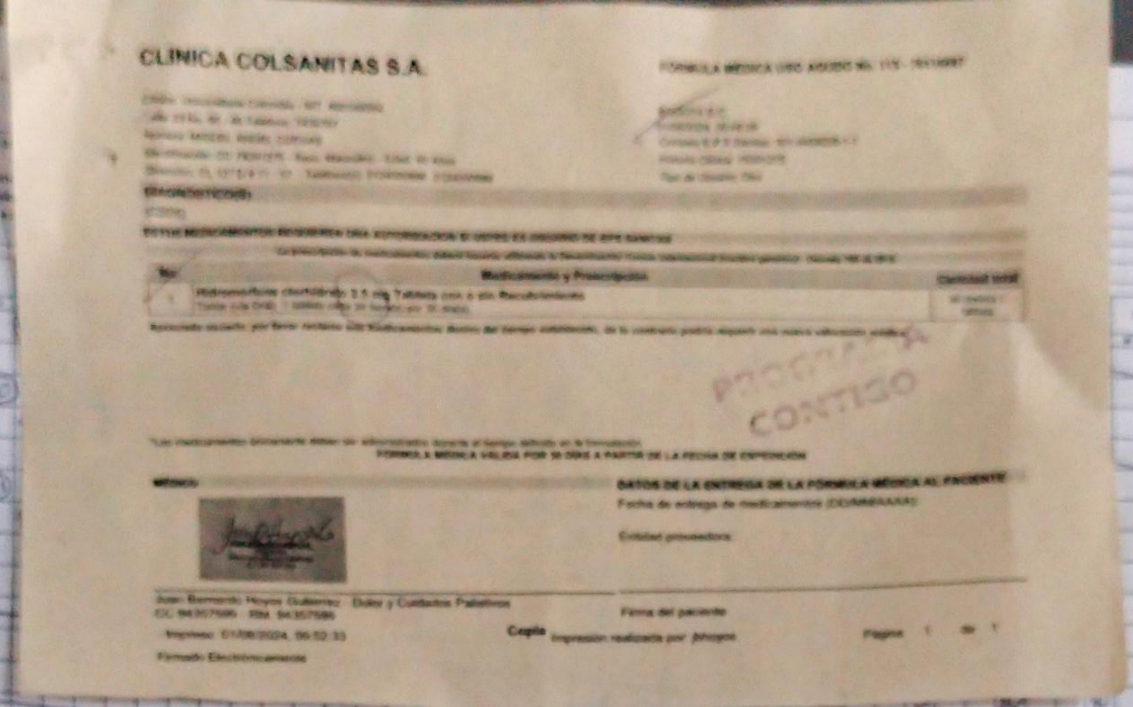
Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
31-05-2024	Clonazepam.	solución oral.	4:00 4gts 6- 4gts 14=4gts 22=6gts	Oral.	Día.	4 gotas 6	4 gotas 14	6 gotas 22	esquema gotas gotas gotas 4 am - 4 pm - 6 noche
31-05-2024.	Metoprolol	tableta.	50 mg	oral.	Dia.	10.			
31-05-2024	Olanzapina	tableta.	10 mg	Oral	c/12 h.	8		20	
31-05-2024	Omeprazol.	tableta.	20 mg	oral	QID	6			
31-05-2024	Fenitoina.	Cápsula.	100 mg	Oral	c/8h.	6	14	22	
31-05-2024.	Furosamida	tableta.	40 mg	Oral	QID	8			
31-05-2024	Acido Valproico	cápsula 2.	250 mg	Oral	c/8h.	6	14	22.	tomar 2 tabletas
31-05-2024.	Rivaroxaban.	tableta.	20mg	Oral	Día.	12			
31-05-2024.	Polietilenglicol.	Sobre	17 gr	Oral	Día		18		
	clonazepam.	solución oral.	6= 4gts 14= 4gts 22= 6gts	Oral.	Día	6=4gts	14=4 gts	22= 6gts	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS	Código: FOR-PSS-733 Versión: 0 Fecha: Memo I2023036946 - 28/11/2023 Página: 1 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Rodigo Castaneda.	No de documento:	1931020[illegible]

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
26/07/2024	Olanzapina 10mg	Tableta	1 Tableta	Oral	dia			20	
26/07/2024	Olanzapina								
26/07/2024	olanzapina 10mg	Tableta 10mg	2 Tableta	Oral	dia			20	No. 2 Tabletas
26/07/2024	Clonazepam 2,5mg/1ml	solucion oral 2,5mg	14 gotas	oral	dia			20	



CLINICA COLSANITAS S.A.

FORMULA MEDICA LEY ANEXO No. 115 - 1911997

Medicamento y Prescripción

Cantidad total

PROGRAMA CONTIGO

FORMULA MEDICA VALIDA POR 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

DATOS DE LA ENTREGA DE LA FORMULA MEDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA)

Entidad proveedora

Juan Bernardo Hoyos Gutierrez - Dolor y Cuidados Paliativos

CC 94357586 - RM 94357586

Firma del paciente

Impreso: 01/08/2024, 09:52:33

Copia

Impresión realizada por: jhoyos

Página 1 de 1

Formato Electrónicamente

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-733	
Versión: 0	
Fecha: Memo 20230368948 - 28/11/2023	
Página: 2 de 2	

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Miguel Angel cuevas	No de documento:	14341275

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio DD/MM/AAAA	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
01/01/2024	Pregabalina 300 mg	cápsula	1 cap	oral	0 la			20	
01/01/2024	Buprenorfina 20mg/20 mcg	Parche	1 parche	Transdermica	cada 72 horas			21	
01/01/2024	Risperidona 10 mg	Tableta	2 Tab	oral	dia	9			
01/01/2024	Ketoconazol 2.5 mg	1 Tab	1 Tab	oral	Segun dolor				No administrar mas de 4 tab en 24 horas
01/01/2024	Nistatina 100.000 u/mL	Suspension	10 cc	oral	cada 6 horas	8	14	20	
01/01/2024	Aluspidol 30 mg	Tableta	1 tab	oral	cada 12 horas	9		21	
17/07/2024	Trazadona 50mg	Tableta	1Tab	oral	d.a			21	no olvidar 20/07/24
5/07/2024	Simetasina 2.50 mg	capsula	1 cap	oral	cada 8 horas	8 - 12	17 -		Seguir de cerca "ponde"
11/08/2024	Haloperidol Plasmil 200 mg Haloperidol Haldol 200 mg Simetasina 250 mg	Suspension	5 cc	oral	cada 12 horas	8		20	
14/08/2024	Risperidona 2.5mg	1Tab	1 Tableta	oral	dia				

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181 Fecha Actual : miércoles, 21 agosto 2024

FORMULACION MEDICA EXTERNO

	MARIA AURORA CALDERON DE MOLINA	Edad	75 Años / 3 Meses / 19 Días	Folio	200
	41460627	Telefono	3242844498	No. Historia	41460627
Atencion	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA	Cama	URGE177 - CAMILLA DE EXPANSION 177 URG ADULTO SANTA CLARA	Ingreso	17342023
Direccion	Carrera 14B No.1 - 45 sur			Fecha Ingreso	16/08/2024 10:26:59 a. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S	Telefono	3282828	Fecha prescripcion	20/08/2024 6:10 p. m.
No. Cama	URGE177 - CAMILLA DE EXPANSION 177 URG ADULTO SANTA CLARA	Area de Servicio:		Suministro Paciente	

Plan de Beneficios: **PGP CAPITAL SALUD EPS**

Diagnostico Principal : F051 - DELIRIO SUPERPUESTO A UN CUADRO DE DEMENCIA

No Formula: FAM000027252210

MEDICAMENTOS DE CONTROL

Medicamento		Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122MN0127S8	CLONAZEPAM 2.5 MG/ ML SOLUCION ORAL FRASCO	(1) UNO	2,5	MG/ML	FRASCO	Oral	3 GOTAS EN LA MAÑANA Y 6 GOTAS NOCHE	☑	0 d

Total Items: 1

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-733
Versión: 0
Fecha: Memo I2023036946 - 28/11/2023
Página: 2 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Maria Aurora Calderón de Molina	No de documento:	41 460 - 627 -

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
08-08-2024.	Memantina.	Tableta 10 mg.	1 tab.	Oral	Dia		12		
08-08-2024.	Risperidona	Tableta 2 mg.	1 tab. dia 2 tab. noche	Oral	Cada 12 horas	8		20	
08-08-2024	Escitalopram.	Tableta 10 mg.	1 tab	Oral	Dia	8.			
08-08-2024.	Bromuro Ipratropio	Inhalador oral 0.02 mcg.	3 puf	Inhalatoria	Cada 12 horas	8		20	
08-08-2024.	Tiotropio Bromuro	Capsula Inhalatoria	1 Cap.	Inhalador Bucal.	Dia	8.			
09-08-2024	Acido valproico 250 mg	Capsula	1 cap	Oral	cada 12 horas	8		20	
22-08-2024	Clonazepam	Solucion oral Frasco 2,5mg/ml	3 gotas 6 gotas	Oral.	3 gotas 8				
22-08-2024	Clonazepam	Solucion oral Frasco 2,5mg/ml	3 gotas 6 gotas	Oral	Cada 12 horas	8 am 3 gotas		20:00 6 gotas	

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación Frecuencia)	17/08/2024			18/08/2024			19/08/2024		
	M	T	N	M	T	N	M	T	
MEMANTINA CLORHIDRATO POR 10 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA 12:00 PM	12			12			12		
RISPERIDONA POR 2 MG, ADMINISTRAR CADA 12 HORAS ASI: 1 TABLETA VIA ORAL A LAS 08:00 Y 2 TABLETAS A LAS 20:00	8		20	8		20	8		
ESCITALOPRAM POR 10 MG, ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA 08:00 PM	8			8			8		
BROMURO IPRATROPIO POR 0,02MCG INHALADOR, DAR 3 PUFF VIA INHALADA CADA 12 HORAS 08:00 - 20:00	8		20	8		20	8		
BROMURO TIOTROPIO POR 18 MCG ADMINISTRAR UNA CAPSULA VIA INHALATORIA, CADA DIA 08:00	8			8			8		
Clonazepam solucion oral via oral 2,5mg/ml 3 gotas: 8:00 am 6 gotas: 20:00									
MAÑANA									
TARDE									
NOCHE									

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181 Fecha Actual : miércoles, 21 agosto 2024

FORMULACION MEDICA EXTERNO

	MARIA AURORA CALDERON DE MOLINA	Edad	75 Años / 3 Meses / 19 Días	Folio	200
	41460627	Telefono	3242844498	No. Historia	41460627
Atencion	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA	Cama	URGE177 - CAMILLA DE EXPANSION 177 URG ADULTO SANTA CLARA	Ingreso	17342023
Direccion	Carrera 14B No.1 - 45 sur			Fecha Ingreso	16/08/2024 10:26:59 a. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S	Telefono	3282828	Fecha prescripcion	20/08/2024 6:10 p. m.
No. Cama	URGE177 - CAMILLA DE EXPANSION 177 URG ADULTO SANTA CLARA	Area de Servicio:		Suministro Paciente	

Plan de Beneficios: **PGP CAPITAL SALUD EPS**

Diagnostico Principal : F051 - DELIRIO SUPERPUESTO A UN CUADRO DE DEMENCIA

No Formula: FAM000027252210

MEDICAMENTOS DE CONTROL

Medicamento		Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122MN0127S8	CLONAZEPAM 2.5 MG/ ML SOLUCION ORAL FRASCO	(1) UNO	2,5	MG/ML	FRASCO	Oral	3 GOTAS EN LA MAÑANA Y 6 GOTAS NOCHE	☑	0 d

Total Items: 1

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA

FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS

Código: FOR-PSS-733
Versión: 0
Fecha: Memo I2023036946 - 28/11/2023
Página: 2 de 2

Nombre del servicio:	Comunidad de Cuidado	Nombre del centro:	Bello Horizonte
Nombre del participante:	Maria Aurora Calderón de Molina	No de documento:	41 460 - 627 -

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
08-08-2024.	Memantina.	Tableta 10 mg.	1 tab.	Oral	Dia		12		
08-08-2024.	Risperidona	Tableta 2 mg.	1 tab. dia 2 tab. noche	Oral	Cada 12 horas	8		20	
08-08-2024	Escitalopram.	Tableta 10 mg.	1 tab	Oral	Dia	8.			
08-08-2024.	Bromuro Ipratropio	Inhalador oral 0.02 mcg.	3 puf	Inhalatoria	Cada 12 horas	8		20	
08-08-2024.	Tiotropio Bromuro	Capsula Inhalatoria	1 Cap.	Inhalador Bucal.	Dia	8.			
09-08-2024	Acido valproico 250 mg	Capsula	1 cap	Oral	cada 12 horas	8		20	
22-08-2024	Clonazepam	Solucion oral Frasco 2,5mg/ml	3 gotas 6 gotas	Oral.	3 gotas 8				
22-08-2024	Clonazepam	Solucion oral Frasco 2,5mg/ml	3 gotas 6 gotas	Oral	Cada 12 horas	8 am 3 gotas		20:00 6 gotas	

Medicamentos (Via, Dosis, Presentación Frecuencia)	17/08/2024			18/08/2024			19/08/2024		
	M	T	N	M	T	N	M	T	
MEMANTINA CLORHIDRATO POR 10 MG ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA 12:00 PM	12			12			12		
RISPERIDONA POR 2 MG, ADMINISTRAR CADA 12 HORAS ASI: 1 TABLETA VIA ORAL A LAS 08:00 Y 2 TABLETAS A LAS 20:00	8		20	8		20	8		
ESCITALOPRAM POR 10 MG, ADMINISTRAR 1 TABLETA VIA ORAL DIA 08:00 PM	8			8			8		
BROMURO IPRATROPIO POR 0,02MCG INHALADOR, DAR 3 PUFF VIA INHALADA CADA 12 HORAS 08:00 - 20:00	8		20	8		20	8		
BROMURO TIOTROPIO POR 18 MCG ADMINISTRAR UNA CAPSULA VIA INHALATORIA, CADA DIA 08:00	8			8			8		
Clonazepam solucion oral via oral 2,5mg/ml 3 gotas: 8:00 am 6 gotas: 20:00									
MAÑANA									
TARDE									
NOCHE									