ACTA No 033, COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR CLARITA SANTOS – 2024

FECHA: Cajicá, enero 31 de 2024.

HORA: 16:00 – 16:30

LUGAR: Comunidad de Cuidado Hogar Clarita Santos

TEMA: REVISIÓN FORMULAS, KARDEX Y FORMATO DE MEDICAMENTOS.

ASISTENTES: ENFERMERA Y REGENTE DE FARMACIA

ORDEN DEL DÍA:

1. REVISION FORMULA VIGENTE
2. REVISION KARDEX
3. REVISION FORMATO DE MEDICAMENTOS
4. AJUSTES CORRESPONDIENTES

DESARROLLO:

Objetivo:

Realizar revisión y ajuste de las fórmulas medicas vigentes, de cada persona mayor, con el fin de que se evidencie la trazabilidad en los formatos correspondientes, mejorando la prestación del servicio.

Introducción:

Teniendo en cuenta que se debe unificar la información de los formatos con la fórmula de medicamentos y el Kardex, se realiza esta actividad permitiendo mejorar el proceso y optimizar la prestación en el servicio

Desarrollo de la actividad:

Desde el 25 de enero se programa revisión de fórmulas médicas, Kardex y hoja de registro de medicamentos, actividad que se realiza en conjunto con la regente y las auxiliares que se encuentran asignadas a la actividad de administración de medicamentos. Realizando los cambios de las personas mayores Rosa Barbosa y Mercedes Romero. A la fecha se ha realizado la revisión del 92.1% de la población, realizando los ajustes correspondientes.

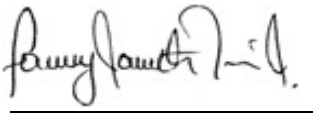
Materiales: Recursos humanos.

.

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Realizar periódicamente revisión de Kardex, formula medica y registro de medicamentos	Jefe de enfermería	Con cambios de formulas
Reportar cambios en las fórmulas medicas	Regente de farmacia	Con cambios de formulas

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
Jenny Martínez	Regente de Farmacia	Comunidad de cuidado Hogar Clarita Santos	
Fanny Pinzón Amaya	Enfermera	Comunidad de cuidado Hogar Clarita Santos	
Sor Ana Inés Rincón Barbosa	Coordinadora	Comunidad de cuidado Hogar Clarita Santos	

Elaboró: Fanny Jannethe Pinzón Amaya Enfermera

20-02-2024

Colsubsidio Salud

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT 860.007.336-1

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1

Número de orden: 19.780.046

Orden de Medicamentos - POS (C)

Fecha y Hora Exp: 17/01/2024 - 06:58:00 **Diagnóstico:** F719 RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO **Form.:** 1528965528
No Hist. Clínica: 53905721 **Paciente:** BARBOSA VILLALOBOS ROSA **Doc Ident:** CC 53905721
Convenio: FAM SUBSIDIADO-CAPITA **Régimen:** SUBSIDIADO **Tipo Vinc:** Reg Sub.Total **Categoría:** A

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	DURACIÓN TRATAMIENTO (DÍAS)	NO. ENTREGAS	INDICACIONES	NO. MIPRES
ACETAminofen TABLETA 500MG .	500 MG	Cada 24 horas	Vía Oral	30 TAB	30 (TREINTA)	3	2 TAB CADA 8 H SI DOLOR O FEBRE	
ALUMINIO+MAGNESIO HIDROXID CON/SIN SIMETICONA SUSP FCOX360ML	5 ML	Cada 12 horas	Vía Oral	1 FCO	30 (TREINTA)	3	5 CC 10 MIN DESPUES DEL DESAYUNO Y CENA	
CALCITRIOL CAPSULA 0.25MCG	0,25 MCG	Cada 24 horas	Vía Oral	30 CAP	30 (TREINTA)	3	1 TAB CADA DIA	

MD - Magister Epidemiología

ORDENADO POR:	Firma:	ENTREGADO POR:	RECIBIDO POR:
		Nombre:	Nombre:
Reg. Profesional	Especialidad / Nombre:	No. Doc.	No Doc.
1032444736	MEDICINA GENERAL S SOLARTE, VICTORIA	Fecha Desp:	No. Tel:
Firma Electrónica del profesional			

Esta orden tiene validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición
Los medicamentos NO incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, deben ser cancelados en su totalidad por el usuario

ORIGINAL – Paciente

Powered by CamScanner

Salud

COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT 860.007.336-1

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1

Número de orden: 19.780.046

Orden de Medicamentos - POS (C)

Fecha y Hora Exp: 17/01/2024 - 06:58:00 **Diagnóstico:** F719 RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO **Form.:** 1528965528

No Hist. Clínica: 53905721 **Paciente:** BARBOSA VILLALOBOS ROSA **Doc Ident:** CC 53905721

Convenio: FAM SUBSIDIADO-CAPITA **Régimen:** SUBSIDIADO **Tipo Vinc:** Reg Sub.Total **Categoría:** A

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	DURACIÓN TRATAMIENTO (DÍAS)	NO. ENTREGAS	INDICACIONES	NO. MIPRES
ATORVASTATINA TABLETA O CAPSULA 20MG	20 MG	Cada 24 horas	Vía Oral	30 TAB	30 (TREINTA)	3	1 TAB CADA NOCHE	
BECLOMETASONA INHAL BUCAL(AEROSOL) 250MCG/ DOSIS FCOX200DOSIS	2 INH	Cada 12 horas	Vía Inhalatoria	1 FCO	30 (TREINTA)	3	2 INH CADA 12 H	
LEVOTIROXINA SODICA TABLETA 50MCG	50 MCG	Cada 24 horas	Vía Oral	30 TAB	30 (TREINTA)	3	1 TAB CADA DIA	

Dra. Victoria Solarte Herrera
MD - Epidemiología
RM. 1032444736

ORDENADO POR:	Firma:	ENTREGADO POR:	RECIBIDO POR:
		Nombre:	Nombre:
Reg. Profesional	Especialidad / Nombre:	No. Doc.	No Doc.
1032444736	MEDICINA GENERAL S SOLARTE, VICTORIA	Fecha Desp:	No. Tel:
Firma Electrónica del profesional			

Esta orden tiene validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición
Los medicamentos NO incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, deben ser cancelados en su totalidad por el usuario

ORIGINAL - Paciente

Powered by CamScanner

Salud

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT 860.007.336-1

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1

Número de orden: 19.780.046

Orden de Medicamentos - POS (C)

Fecha y Hora Exp: 17/01/2024 - 06:58:00 **Diagnóstico:** F719 RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO **Form.:** 1528965528

No Hist. Clínica: 53905721 **Paciente:** BARBOSA VILLALOBOS ROSA **Doc Ident:** CC 53905721

Convenio: FAM SUBSIDIADO-CAPITA **Régimen:** SUBSIDIADO **Tipo Vinc:** Reg Sub.Total **Categoría:** A

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	DURACIÓN TRATAMIENTO (DÍAS)	NO. ENTREGAS	INDICACIONES	NO. MIPRES
LOSartan TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO 50MG	50 MG	Cada 24 horas	Vía Oral	30 TAB	30 (TREINTA)	3	1 TAB CADA DIA	
metFORMINA TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO 850MG	850 MG	Cada 24 horas	Vía Oral	30 TAB	30 (TREINTA)	3	1 TAB CADA DIA	
ESOMEPRAZOL TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO - CAPSULA 20MG	20 MG	Cada 24 horas	Vía Oral	30 TAB	30 (TREINTA)	3	1 TAB CADA DIA EN AYUNAS	

ORDENADO POR: Firma:

Reg. Profesional 1032444736 | Especialidad MEDICINA GENERAL | Nombre: S SOLARTE, VICTORIA

Firma Electrónica del profesional

Dra. Victoria Solarte Solarte
MD - Magister Epidemiología
RM. 103244-736

ENTREGADO POR:	RECIBIDO POR:
Nombre:	Nombre:
No. Doc.	No Doc.
Fecha Desp:	No. Tel:

Esta orden tiene validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición
Los medicamentos NO incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, deben ser cancelados en su totalidad por el usuario

ORIGINAL – Paciente

Powered by CamScanner

Salud

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT.860.007.336-1

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1

Número de orden: 19.780.046

Orden de Medicamentos - POS (C)

Fecha y Hora Exp: 17/01/2024 - 06:58:00 **Diagnóstico:** F719 RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO **Form.:** 1528965528

No Hist. Clínica: 53905721 **Paciente:** BARBOSA VILLALOBOS ROSA **Doc Ident:** CC 53905721

Convenio: FAM SUBSIDIADO-CAPITA **Régimen:** SUBSIDIADO **Tipo Vinc:** Reg Sub.Total **Categoría:** A

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD	DURACIÓN TRATAMIENTO (DÍAS)	NO. ENTREGAS	INDICACIONES	NO. MIPRES
FUROSEMIDA TABLETA 40MG	40 MG	Cada 24 horas	Vía Oral	30 TAB	30 (TREINTA)	3	1 TAB CADA DIA	

Dra. Victoria Solarte Herrera
MD - Magíster Epidemiología
RM. 1032444[illegible]

ORDENADO POR:	Firma:	ENTREGADO POR:	RECIBIDO POR:
		Nombre:	Nombre:
Reg. Profesional	Especialidad / Nombre:	No. Doc.	No Doc.
1032444736	MEDICINA GENERAL S SOLARTE, VICTORIA	Fecha Desp:	No. Tel:
Firma Electrónica del profesional			

Esta orden tiene validez por treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de expedición
Los medicamentos NO incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, deben ser cancelados en su totalidad por el usuario

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: 1 de 1

Nombre del servicio:	SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	Nombre del centro:	COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR CLARITA SANTOS
Nombre del participante:	Rosa María Barbosa Villalobos.	No de documento:	53 905 721

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
29/01/2024	Acetaminofen 500mg	Tableta	1gr	Oral	2 - 2 - 2	8	16	24	SEGUN DOLOR O FIEBRE
29/01/2024	Alumino+Magnesio Hidroxido	Suspension	5cc	Oral	5 - 0 - 5	9	18		10 minutos despues de alimento.
29/01/2024	Calcitriol 0,25mcg	Grageа	0,25mcg	Oral	1 - 0 - 0	10			
29/01/2024	Atorvastatina 20mg	Tableta	20mg	Oral	0 - 0 - 1			20	
29/01/2024	Beclometasona 250mcg	Inhalador	2puff	Inhalado	2 - 0 - 2	8		20	
30/08/2023	Levotiroxina 50mcg	Tableta	50mcg	Oral	1 - 0 - 0	5			
08/03/2021	Losartan x 50mg	Tableta	50mg	Oral	1 - 0 - 0	8			
02/11/2021	Metformina 850mg	Tableta	850mg	Oral	0 - 1 - 0	12			
11/03/2022	Esomeprazol 20mg	Tableta	20mg	Oral.	1 - 0 - 0	5			
30/08/2023	Furosemida 40mg	Tableta	40mg	Oral	1 - 0 - 0	8			

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

Código: FOR-PSS-583
Versión: 0
Fecha: Mono Q8220 18510 - 13/05/2022
Página: 1 de 2

SERVICIO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO
MODALIDAD:
UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR CLARITA SANTOS
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: ROSA MARIA BARBOSA VILLALOBOS
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC_X_ CE__
No. DE DOCUMENTO: 53905721

Fecha de fórmula:	30/02/2023
Fecha de fórmula:	20/12/2023
Fecha de fórmula:	27/01/2024
Fecha de fórmula:	
Fecha de fórmula:	

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación Frecuencia)	HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)																																							
	01/01/2024			02/01/2024			03/01/2024			04/01/2024			05/01/2024			06/01/2024			07/01/2024			08/01/2024			09/01/2024			10/01/2024			11/01/2024			12/01/2024			13/01/2024			14/01/2024			15/01/2024			16/01/2024		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
atorvastatina 20 ,mg tableta via oral tomar 1 cada dia 20			20			20			20			20			20			20			20			20			20			20			20			20			20			20			20		
MAÑANA																																													
TARDE																																													
NOCHE	Emerald Sánchez			Emperatriz Pinzón			Franci Jaka			Emperatriz Pinzón			Franci Jaka			Emperatriz Pinzón			Angela Salcedo			Emperatriz Pinzón			Emperatriz Pinzón			Emperatriz Pinzón			Emperatriz Pinzón			Emperatriz Pinzón			Angela Salcedo			Emperatriz Pinzón			Franci Jaka			Emperatriz Pinzón		

Powered by CamScanner

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

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES

Código: FOR-PSS-583
Versión: 0
Fecha: Memo I2022018510 - 13/05/2022
Página: 2 de 2

HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

Medicamentos	17/01/2024			18/01/2024			19/01/2024			20/01/2024			21/01/2024			22/01/2024			23/01/2024			24/01/2024			25/01/2024			26/01/2024			27/01/2024			28/01/2024			29/01/2024			30/01/2024			31/01/2024		
(Via, Dosis, Presentación Frecuencia)	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
atorvastatina 20 ,mg tableta via oral tomar 1 cada dia 20			20			20			20																																				
ATORVASTINA X 40 Mg VIA ORAL 1 TABLETA NOCHE -20:00-												20			20			20			20			20			20			20			20			20									
Acetaminofen x500 2 tab c/8 horas 8-16-24 segun dolor																																						(16)							
Aluminio+Magnesio hidroxido suspension V.O 5 cc 10 mint despues de alimento 9-18																																					9	18							
Calcitriol 0,5 mg gragea V.O 1 dia 10																																													
atorvastatina x 20 g tab V.O 1 c/dia 20																																													
Beclometasona 250 µg inhalador 2 puff c/12 horas 8-20																																													
MAÑANA																																					Angela Benitez.								
TARDE																																					Angela Benitez								
NOCHE	Franci Jara			Emperatriz Pereira			Franci Jara			Emperatriz Pereira			Franci Jara			Emperatriz Pereira			Franci Jara			Emperatriz Pereira			Franci Jara			Emperatriz Pereira			Franci Jara			Emperatriz Pereira											

AMI Pallium Colombia SAS
Nit: 900.642.294-8

2233

Lugar y fecha de emisión:
FUSAGASUGA, martes, 26 de septiembre de 2023 10:43:17

FORMULA MEDICA MR-38557972
CONSULTA EXTERNA (nota medica)

MERCEDES ROMERO FAJARDO
Edad: 74 años Género: FEMENINO

CC 53.906.024
HOGAR CLARITA SANTOS VEREDA RÍO GRANDE SECTOR LA ESPERANZA

ARL:
Tel. 8661619

EAPB: EPS005 - SANITAS EPS
Dx: F411-TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, M792-NEURALGIA Y NEURITIS, NO ESPECIFICADAS, R522-OTRO DOLOR CRONICO

Usuario: SUBSIDIADO

No.	Medicamento y prescripción	Cantidad
1	PREGABALINA CAPSULA 25 MG Tomar vía Oral 25 MG cada NOCHE por 90 días	90 NOVENTA

ATENCION

Los medicamentos solo deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación.

Por favor verifique las fechas de vencimiento de los medicamentos antes de administrarlos.

MARIA CAMILA CUBIDES BONILLA
MEDICO DOMICILIARIO
R.M. 1016072201

Dr(a). MARIA CAMILA CUBIDES BONILLA CC No. 1.016.072.201 - MEDICINA DOMICILIARIA - R.M. 1016072201

Prescripción

Gracias !!!

1-243327243

2-243327707

3-243327708

Powered by CamScanner

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA FORMATO KARDEX DE MEDICAMENTOS	Código: FOR-PSS-[illegible] Versión: 0 Fecha: Memo [illegible] 25/11/2020 Página: 1 de 1

Nombre del servicio:	SERVICIO COMUNIDAD DE CUIDADO	Nombre del centro:	COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR CLARITA SANTOS
Nombre del participante:	Mercedes Romero Fajardo	No de documento:	53 906 624

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INSTAURADO

Fecha de inicio	Medicamento	Presentación	Dosis	Vía	Frecuencia	Mañana	Tarde	Noche	Observación
26/09/2023	Acetil Salicilico Acido 100mg	Tableta	100mg	Oral	0 - 1 - 0	12			
26/01/2024	Carvedilol 6.25mg	Tabeta	6.25	Oral	1 - 0 - 1	8		20	
26/09/2023	Enalapril 5mg	Tableta	5mg	Oral	1 - 0 - 0	8			
15/10/2021	Fluoxetina 20mg	Tableta	20mg	Oral	1 - 0 - 0	8			
15/10/2022	Omeprazol 20mg	Tableta	20mg	Oral	1 - 0 - 0	5			
10/01/2024	Quetiapina 25mg	Tableta	12.5mg	Oral	½ - 0 - 0	8			
10/01/2024	Quetiapina 25mg	Tableta	37.5mg	Oral	0 - 0 - 1½			20	
14/09/2023	Risperidona 1mg	Tableta	1mg	Oral	1 - 0 - 1	8		20	
25/01/2024	Sucralfato 1gr	Tableta	1gr	Oral	0 - 1 - 0	12			
26/09/2023	Acido Valproico 250mg	Capsula	250mg	Oral	1 0 - 1	8		20	
29/10/2023	Pregabalina 25mg	Tableta	25mg	Oral	0 - 0 - 1			20	

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PERSONAS MAYORES	Código: FOR-PSS-583 Versión: 0 Fecha: Memo I2022016510 - 13/05/2022 Página: 1 de 2

SERVICIO SOCIAL: COMUNIDAD DE CUIDADO
MODALIDAD:
UNIDAD OPERATIVA: COMUNIDAD DE CUIDADO HOGAR CLARITA SANTOS
NOMBRE DEL PARTICIPANTE: Melquis Romero Fajardo
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC X CE
No. DE DOCUMENTO: 53906024

Fecha de fórmula:	03-11-2023
Fecha de fórmula:	21-12-2023
Fecha de fórmula:	26-09-2023
Fecha de fórmula:	
Fecha de fórmula:	

HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación Frecuencia)	01-01-2024 M	T	N	02-01-2024 M	T	N	03-01-2024 M	T	N	04-01-2024 M	T	N	05-01-2024 M	T	N	06-01-2024 M	T	N	07-2024 M	T	N	08-01-2024 M	T	N
Quetiapina x 25mg 1/2 tableta 8:00. 1/2 tableta a las 20h.																								
Pregabalina x 25mg vía oral 1 tableta noche. 20 I: 25-10-2023			20			20			20			20			20			20			20			10
Carvedilol 6,25mg vía oral 1 tableta 8-20																								
Sucralfato 1gramo tableta vía oral 1 cada día 12																								

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación Frecuencia)	09-01-2024 M	T	N	10-01-2024 M	T	N	11-01-2024 M	T	N	12-01-2024 M	T	N	13-01-2024 M	T	N	14-01-2024 M	T	N	15-01-2024 M	T	N	16-01-202 M	T	N
Quetiapina x 25mg 1/2 tableta 8:00. 1/2 tableta a las 20h.						20	8		10	8		20	9		20	8		20	8		20	8		20
Pregabalina x 25mg vía oral 1 tableta noche. 20 I: 25-10-2023			20			10			20			20			20			20			20			20
Carvedilol 6,25mg vía oral 1 tableta 8-20																								
Sucralfato 1gramo tableta vía oral 1 cada día 12																								

	01-01	02-01	03-01	04-01	05-01	06-01	07-01	08-01	09-01	10-01	11-01	12-01	13-01	14-01	15-01	16-01
MAÑANA											Angela Benítez	[illegible]	Angela Benítez	[illegible]	Angela Benítez	[illegible]
TARDE																
NOCHE		Emperatriz Ferero	Francy Jara	Emperatriz Ferero	Francy Jara	Emperatriz Ferero	Angela Salazar	Emperatriz Ferero	Emperatriz Ferero	Emperatriz Ferero	Emperatriz Ferero	Emperatriz Ferero	Angela Salazar	Emperatriz Ferero	Francy Jara	Emperatriz Ferero

Powered by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL		Código: FOR-PSS-583
		Versión: 0
		Fecha: Memo I2022016510 - 13/05/2022
		Página: 2 de 2

HORA DE ADMINISTRACION (DE 00:00 HORAS A 24:00 HORAS)

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación Frecuencia)	17-01-2024 M	T	N	18-01-2024 M	T	N	19-01-2024 M	T	N	20-01-2024 M	T	N	21-01-2024 M	T	N
Quetiapina x 25mg 1/2 tableta 8:00 1/2 tableta 20:00	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20
Pregabalina x 25mg vía oral 1 tableta -20 I=25-10-2023			20			20			20			20			20
Carvedilol 6,25mg vía oral, 1 tableta 8-20															
Sucralfate 1gramo tableta vía oral cada día -12															
MAÑANA				Sandalaina			Angela Benitez			Angela Benitez			Angela Benitez		
TARDE															
NOCHE	Franci Jara			Emperatriz [illegible]			Franci Jara			Emperatriz [illegible]			Franci Jara		

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación Frecuencia)	22-01-2024 M	T	N	23-01-2024 M	T	N	24-01-2024 M	T	N	25-01-2024 M	T	N	26-01-2024 M	T	N
Quetiapina x 25mg 1/2 tableta 8:00 1/2 tableta 20:00	8		20	8		20	8		20	8		20	8		20
Pregabalina x 25mg vía oral 1 tableta -20 I=25-10-2023			20			20			20			20			20
Carvedilol 6,25mg vía oral, 1 tableta 8-20															20
Sucralfate 1gramo tableta vía oral cada día -12													12		
MAÑANA	Sandalaina			Angela Benitez			Sandalaina			Angela Benitez			Sandalaina		
TARDE															
NOCHE	Emperatriz [illegible]			Franci Jara			Emperatriz [illegible]			Franci Jara			Emperatriz [illegible]		

Medicamentos (Vía, Dosis, Presentación Frecuencia)	27-01-2024 M	T	N	28-01-2024 M	T	N	29-01-2024 M	T	N	30-01-2024 M	T	N	31-01-2024 M	T	N
Quetiapina x 25mg 1/2 tableta 8:00 1/2 tableta 20:00	8		20	8		20	8		20	8		20	8		
Pregabalina x 25mg vía oral 1 tableta -20 I=25-10-2023			20			20			20			20			
Carvedilol 6,25mg vía oral, 1 tableta 8-20	8		20	8		20	8		20	8		20	8		
Sucralfate 1gramo tableta vía oral cada día -12	12			12			12			12			12		
MAÑANA	Sandalaina			Sandalaina			Angela Benitez			Sandalaina			Angela Benitez		
TARDE															
NOCHE	Franci Jara			Emperatriz [illegible]			Franci Jara			Emperatriz [illegible]					

Powered by CamScanner