



IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

FORMULARIO Y ORDENES MEDICAS

CODIGO DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD: 760010371501

NIT: 890303841-8



Datos del paciente: Identificación: CC 1144130572

Edad: 35

Numero de orden

Nombre: DIANA ISABEL GONZALEZ HERRERA

Telefono: 3017274687

433905

Asegurador: EMSSANAR EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO

Historia de control: 1300086-0

Pagina: 1

## SOLICITUD

CANTIDAD

1	19946206-01	PROGESTERONA CAP 200 MG		30
PEDIDO 1 - PROGESTERONA CAP 200 MG. APLICAR UNA CAP INTRAVAGINAL CADA NOCHE POR UN MES.				18/10/2024 09:14:24
2	19996536-01	HIOSCINA BUTILBROMURO 10MG TAB		15
PEDIDO 1 - HIOSCINA 10 MG TAB. TOMAR UNA TAB CADA 8 HORAS VIA ORAL POR CINCO DIAS.				18/10/2024 09:15:47

Medicamentos

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: 0200 - AMENAZA DE ABORTO

DIAGNÓSTICO RELACIONADO: -

GRUPO DE SERVICIO: 03 - INTERNACION

SALA DE OBSTETRICIA

MODALIDAD DE SERVICIO: 01 - INTRAMURAL

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA - 602-4892222

Impreso: 18/10/2024 09:17:36

Medico: DIANA LORENA NOGUERA QUIÑONEZ

Vigencia de la orden: 60 días; resolución 2335 de 2023

RedSalud V1-01042024

Identificación: 1130604035 RM: 765288

Codigo/CUPS	Cantidad	Descripcion	Codigo del servicio	Finalidad
19946206-01	30	PROGESTERONA CAP 200 MG		
19996536-01	15	HIOSCINA BUTILBROMURO 10MG TAB.		

## Justificación Clínica:

PEDIDO 1 - PROGESTERONA CAP 200 MG. APLICAR UNA CAP INTRAVAGINAL CADA NOCHE POR UN MES. PEDIDO 1 - HIOSCINA 10 MG TAB. TOMAR UNA TAB CADA 8 HORAS VIA ORAL POR CINCO DIAS.

Valor pago compartido (\$):

Tope máximo copagos:

Diagnostico Principal:

0200

AMENAZA DE ABORTO

Diagnostico relacionado 1

Diagnostico relacionado 2

Firma Profesional

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita:

IMPRESO: 18/10/2024 09:17:42

Telefono

4892222

DIANA LORENA NOGUERA QUIÑONEZ

RM 765288

Cargo

MEDICO GINECOBISTETRA - CIRUGIA

ID 1130604035

Telefono Celular