



HOSPITAL UNIVERSITARIO
FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

INDICACIONES

Paciente: 2858617-FERNANDO MERCHAN DE LA TORRE

Convenio: AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A-P.F

Fecha de Nacimiento: 1930/01/10

Edad 94AÑOS

No. Historia: 2858617

Tipo Vinculación: CONTRIBUTIVO BE

Categoría: A

****SE SOLICITA

OXIGENO DOMICILIARIO POR CANULA NASAL A 2 LITROS POR MINUTO DURANTE 24 HORAS AL DIA

ORDEN POR 3 MESES.

FAVOR AUTORIZAR:

BALA PORTATIL

BALA GRANDE

CONCENTRADOR

HUMIDIFICADOR

IDX: HIPOXEMIA POR ATELECTASIAS.

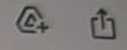
Fecha de Indicación : 2024/02/09 05:20:54:000PM

Profesional Responsable: MORALES BENAVIDES DIANA CAROLINA

Registro Profesional: 24339079

Firma Prestador:





HOSPITAL UNIVERSITARIO
FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

INDICACIONES

Paciente: 2858617-FERNANDO MERCHAN DE LA TORRE	No. Historia: 2858617
Convenio: AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A-P.F	Tipo Vinculacion: CONTRIBUTIVO BE
Fecha de Nacimiento: 1930/01/10	Categoría: A
Edad: 94Años	

*****FORMULA MEDICA*****

LEVOTIROXINA TABLETA 150 MCG # 90
USO: TOMAR 1 TABLETA CADA DIA EN AYUNAS

ESOMEPRAZOL TABLETA 20 MG #90
USO: TOMAR 1 TABLETAL CADA DIA

QUETIAPINA TABLETA 25 MG #90
USO: TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE

METOPROLOL SUCCINATO TABLETA 25 MG # 90
USO: TOMAR 1 TABLETA CADA DIA

FORMULA POR 3 MESES.

Fecha de Indicacion : 2024/02/09 05:19:39:000PM	Firma Prestador:
Profesional Responsable: MORALES BENAVIDES DIANA CAROLINA	



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



Salud

PLAN DE MANEJO

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)

2024-02-09 17:25:24

Nro. Prescripción

20240209195037902393

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:
BOGOTÁ, D.C.

Municipio:
BOGOTÁ, D.C.

Código Habilitación:
110010561801

Documento de Identificación:
860037950

Nombre Prestador de Servicios de Salud:
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA

Dirección:
CL 119 # 7 75

Teléfono:
6030303 EXT. 5105

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:
CC2858617

Primer Apellido:
MERCHAN

Segundo Apellido:
DE LA TORRE

Primer Nombre:
FERNANDO

Segundo Nombre:

Número Historia Clínica:
2858617

Diagnóstico Principal:
R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO
ESPECIFICADA

Usuario Régimen:
CONTRIBUTIVO

Ambito atención:
AMBULATORIO - NO PRIORIZADO

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Tipo prestación	Servicio Complementario	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)	Cantidad Total
SUCESIVA	PAÑALES	1 PAÑAL CADA 6 HORAS	1	6 HORA(S)	3 MES(ES)	360

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:
CC24339079

Nombre:
DIANA CAROLINA MORALES BENAVIDEZ

Registro Profesional:
16619

Especialidad:

Firma

CodVer:

CDC8-1A2B-C5B7-9275-B493-CFE8-4463-9C4D

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.