Formula Médica

Sede Atención: Floresta

Fecha: 28/07/2025

Dirección: Av. Crr 68 No. 90 -88	Teléfono: 6016468000	Cod. Hab.: 110010559704
Paciente: ISABEL CRISTINA MILLAN VALENCIA	ID: CC 53160359	Edad: 39 Años
Contrato: FAMISANAR POS MAYOR 19	Tipo de Usuario: COTIZANTE	Plan: CONTRIBUTIVO
Dirección: CRA 58 80 45 APR 313	Teléfono: 6405892	

Código	Nombre	Cantidad	Días/Tratamiento
21051214	**PREGABALINA CAPSULA 75 MG**	**15**	**15**
	Indicaciones: TOMAR 1 CAPSULA CADA 24 HORAS		
106845	**HIDROCODONA + ACETAMINOFEN 5 + 325 mg (TABLETAS)**	**15**	**5**
	Indicaciones: TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS		
104295	**NAPROXENO 250 mg (TABLETA O CAPSULA)**	**15**	**5**
	Indicaciones: TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS		

Firmado Electronicamente Por
LINA PAOLA AVELLA DIAZ
Registro Médico 33480776