

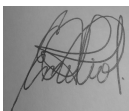
## FORMULACIÓN O TRATAMIENTO

### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

EMPRESA 0000 PARTICULAR				FECHA 07/04/2025		
NOMBRE DANIEL HERNANDO RAMIREZ HERNANDEZ						
CC : 88132030		DE VILLA ROSARIO			GENERO M	
EDAD 40	F. NACIMIENTO 29/01/1985	LUGAR	VILLA ROSARIO			
DIRECCION CALLE 21 # 13-124 BARRIO SAN JUDAS - V/R						
TELEFONO		CELULAR 3104069410		ESTADO CIVIL SOLTERO(A)		

### FORMULACIÓN O TRATAMIENTO

cefalexina 500mg cada : una cada 12 horas por 10 dias  
 diclofenaco amp 3 ( aplicar intramuscular interdiaria por 3 dosis )  
 dexametaxona amp 3 ( aplicar intramuscular interdiaria por 3 dosis )  
 ibuflax : una cada 8 horas por 5 dias  
 tobrotic compuesto gotas : aplicar 2 gotas cada 12 horas por 1 mes  
 desloratadina : una diaria por 20 dias  
 esomeprazol 40mg una diaria por 1 mes  
 complejo b: una diaria por 1 mes  
 pregabalina 75mg : un a las 8pm por 20 dias  
 fencaferre : una cada 12 horas si hay migraña



**EMILIO CONTRERAS HENAO**  
**REGISTRO MEDICO 22684**