

FORMULACIÓN O TRATAMIENTO

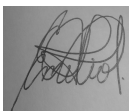
IDENTIFICACION DEL PACIENTE

EMPRESA PARTICULAR				FECHA 22/04/2025		
NOMBRE ALEJO NIÑO						
CC : 5607647		DE CAPITANEJO			GENERO M	
EDAD 55	F. NACIMIENTO 10/01/1970		LUGAR CAPITANEJO			
DIRECCION BARRIO SENDEROS DE PAZ - VILLA DEL ROSARIO						
TELEFONO		CELULAR 3138561160		ESTADO CIVIL SOLTERO(A)		

FORMULACIÓN O TRATAMIENTO

- 1) NAPROXENO 250MG (APRONAX) : TOMAR UNA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
- 2) TRICLIBAC O OTOSEC HC GOTAS : UNA GOTA CADA 12 HORAS EN CADA OIDO POR 10 DIAS
- 3) BETAHISTINA 8MG (HISTIVERT) : UNA CADA 12 HORAS POR 1 MES
- 4) ACERUMEN GOTAS : APLICAR 3 GOTAS EN CADA OIDO CADA 12 HORAS

(DENAHS)



EMILIO CONTRERAS HENAO
REGISTRO MEDICO 22684