

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