

## FORMULACIÓN O TRATAMIENTO

### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

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



### FORMULACIÓN O TRATAMIENTO

cefelexina 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  
 fencafere : una cada 12 horas si hay migraña



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