

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100 - NIT. 800251440  
Av Calle 13 n° 65-21 Local 100 C.Comercial Zona In.Teléfono: (+571) 5895440

Nombre: CLAUDIA YURLEY QUINTERO ROLON  
Identificación: CC 30050998 - Sexo: Femenino - Edad: 39 Años

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 0605 - 30911503

Vigencia del tratamiento: Desde 09/09/2020 hasta 08/03/2021

BOGOTA D.C.  
09/09/2020, 11:16:00  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1867624-1-1  
Historia Clínica: 30050998  
Tipo de Usuario: Otro

## DIAGNÓSTICO(S):

(F419) ,(F331)

**ESTOS MEDICAMENTOS REQUIEREN UNA AUTORIZACION SI USTED ES USUARIO DE EPS SANITAS**

**CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)**

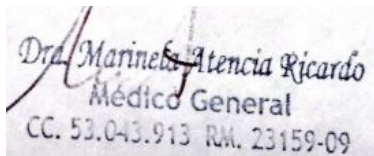
No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	<b>Venlafaxina 75mg cap lib Prol</b> Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 12 hora(s) por 180 día(s).	360 (trescientos sesenta ) cápsula	6

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

## MÉDICO



Dra. Marinela Atencia Ricardo  
Médico General  
CC. 53.043.913 RM. 23159-09

## DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Marinela Atencia Ricardo - Medicina General  
CC 53043913 - RM. 53043913

- Impreso: 09/09/2020, 11:18:00

Firmado Electrónicamente

Firma del paciente

**Original** Impresión realizada por: maatencia

Página 1 de 1

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100 - NIT. 800251440  
Av Calle 13 n° 65-21 Local 100 C.Comercial Zona In.Teléfono: (+571) 5895440

Nombre: CLAUDIA YURLEY QUINTERO ROLON  
Identificación: CC 30050998 - Sexo: Femenino - Edad: 39 Años

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 0605 - 30911503

Vigencia del tratamiento: Desde 09/09/2020 hasta 08/03/2021

BOGOTA D.C.  
09/09/2020, 11:16:00  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1867624-1-1  
Historia Clínica: 30050998  
Tipo de Usuario: Otro

## DIAGNÓSTICO(S):

(F419) ,(F331)

**ESTOS MEDICAMENTOS REQUIEREN UNA AUTORIZACION SI USTED ES USUARIO DE EPS SANITAS**

**CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)**

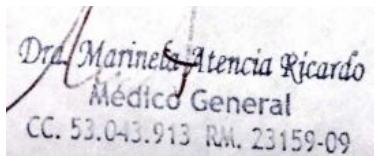
No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	<b>Venlafaxina 75mg cap lib Prol</b> Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 12 hora(s) por 180 día(s).	360 (trescientos sesenta ) cápsula	6

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

## MÉDICO



Dra. Marinela Atencia Ricardo  
Médico General  
CC. 53.043.913 RM. 23159-09

## DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Marinela Atencia Ricardo - Medicina General  
CC 53043913 - RM. 53043913

Firma del paciente

- Impreso: 09/09/2020, 11:18:00

**Copia** Impresión realizada por: maatencia

Página 1 de 1

Firmado Electrónicamente

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100 - NIT. 800251440  
Av Calle 13 n° 65-21 Local 100 C.Comercial Zona In.Teléfono: (+571) 5895440  
Nombre: CLAUDIA YURLEY QUINTERO ROLON  
Identificación: CC 30050998 - Sexo: Femenino - Edad: 39 Años

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 0605 - 30911455

Vigencia del tratamiento: Desde 09/09/2020 hasta 08/03/2021

BOGOTA D.C.  
09/09/2020, 11:15:20  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1867624-1-1  
Historia Clínica: 30050998  
Tipo de Usuario: Otro

## DIAGNÓSTICO(S):

(F419) ,(F331)

## CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)

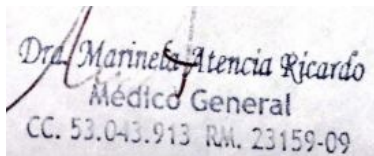
No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	<b>Levomepromazina 4 mg/mL (0,4%) Sol oral</b> Tomar (vía Oral) 5 gotas cada 24 hora(s) por 180 día(s).	900 (novecientos ) gotas	6

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

## MÉDICO



Dra. Marinela Atencia Ricardo  
Médico General  
CC. 53.043.913 RM. 23159-09

Marinela Atencia Ricardo - Medicina General  
CC 53043913 - RM. 53043913

- Impreso: 09/09/2020, 11:18:00

Firmado Electrónicamente

## DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Original** Impresión realizada por: maatencia

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100 - NIT. 800251440  
Av Calle 13 n° 65-21 Local 100 C.Comercial Zona In.Teléfono: (+571) 5895440  
Nombre: CLAUDIA YURLEY QUINTERO ROLON  
Identificación: CC 30050998 - Sexo: Femenino - Edad: 39 Años

FÓRMULA MÉDICA USO CONTINUO No. 0605 - 30911455

Vigencia del tratamiento: Desde 09/09/2020 hasta 08/03/2021

BOGOTA D.C.  
09/09/2020, 11:15:20  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1867624-1-1  
Historia Clínica: 30050998  
Tipo de Usuario: Otro

## DIAGNÓSTICO(S):

(F419) ,(F331)

## CONSULTA NO PRESENCIAL / PROGRAMA ESPECIAL (Exento de cuota moderadora)

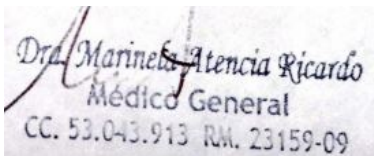
No.	Medicamento y Prescripción	Cantidad total	Entregas
1	<b>Levomepromazina 4 mg/mL (0,4%) Sol oral</b> Tomar (vía Oral) 5 gotas cada 24 hora(s) por 180 día(s).	900 (novecientos ) gotas	6

\*Los medicamentos únicamente deben ser administrados durante el tiempo definido en la formulación

**FÓRMULA MÉDICA VÁLIDA POR 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN**

**Apreciado usuario: por favor reclame sus medicamentos dentro del tiempo establecido, de lo contrario podría requerir una nueva valoración médica**

## MÉDICO



Dra. Marinela Atencia Ricardo  
Médico General  
CC. 53.043.913 RM. 23159-09

Marinela Atencia Ricardo - Medicina General  
CC 53043913 - RM. 53043913

- Impreso: 09/09/2020, 11:18:00

Firmado Electrónicamente

## DATOS DE LA ENTREGA DE LA FÓRMULA MÉDICA AL PACIENTE

Fecha de entrega de medicamentos (DD/MM/AAAA):

Entidad proveedora:

Firma del paciente

**Copia** Impresión realizada por: maatencia

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO CON USO NO INCLUIDO EN EL REGISTRO SANITARIO (UNIRS)**

1. Por la presente autorizo al Profesional **MARINELA ATENCIA RICARDO** a prescribirme o al (la) paciente **CLAUDIA YURLEY QUINTERO ROLON** el siguiente medicamento como se registra a continuación:
  - 1 *Venlafaxina 75mg cap lib Prol, Tomar (vía Oral) 1 cápsula cada 12 hora(s) por 180 día(s).*
  
2. El (La) Profesional **MARINELA ATENCIA RICARDO** me ha explicado la naturaleza y el propósito de la prescripción del medicamento relacionado. También me ha informado que el uso que está dando al medicamento NO se encuentra dentro de las indicaciones registradas ante la autoridad competente a nivel nacional (INVIMA) para el uso del mismo. Sin embargo se han agotado otras alternativas de tratamiento y el uso actual que pretende tiene evidencia científica debidamente avalada por el Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual ha sido incluido en la LISTA UNIRS con indicación explícita en el contexto de mi (el) diagnóstico actual.
3. Igualmente me ha informado los posibles riesgos relacionados con su administración, en particular los siguientes:
  - 1 *Puede causar: hipertensión, sudoración, pérdida de peso, constipación, pérdida del apetito, náuseas, sequedad de mucosas, astenia, mareos, desordenes del sueño, cefalea, insomnio, somnolencia, temblores, visión borrosa, nerviosismo, disfunción erectil.*
4. Se me ha informado de las alternativas de tratamiento existentes y de las ventajas del tratamiento a realizar. Así mismo, se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con esta intervención.
5. Se me ha informado y entiendo que durante el tratamiento con el (los) medicamento(s) pueden presentarse situaciones previstas o imprevistas que requieran la modificación del esquema de tratamiento, incluso la suspensión del mismo y la realización de intervenciones adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estas intervenciones si el profesional tratante lo juzga conveniente, una vez se me informe sobre el propósito, beneficios y posibles riesgos de las mismas.
6. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.
7. Finalmente manifiesto que he recibido y comprendido toda la información respecto al medicamento propuesto y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

---

 Firma del paciente o persona responsable \*

C.C.

\* Parentesco:

(si firma una persona que no sea el paciente)

---

 Testigo

C.C.

Dirección:

Teléfono:

*Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del medicamento descrito(s) en el numeral 1 y he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia han formulado. Así mismo manifiesto que conozco y he aplicado en este caso los criterios clínicos pertinentes y los contemplados en la normatividad nacional vigente para el USO NO INCLUIDO EN EL REGISTRO SANITARIO de dicho medicamento.*

---

 Firma del Profesional

C.C. / Reg. Prof.:

Sede:

**EPS Sanitas Centro Medico  
Zona In - Local 100**

Fecha:

**09/09/2020**

# EPS SANITAS

EPS Sanitas Centro Medico Zona In - Local 100 - NIT. 800251440  
Av Calle 13 n° 65-21 Local 100 C.Comercial Zona In.Teléfono: (+571) 5895440  
Nombre: CLAUDIA YURLEY QUINTERO ROLON  
Identificación: CC 30050998 - Sexo: Femenino - Edad: 39 Años

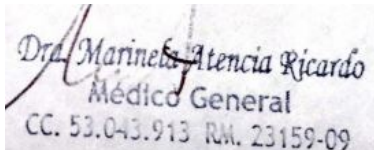
## RECOMENDACIONES GENERALES

BOGOTA D.C.  
09/09/2020, 11:06:42  
Contrato E.P.S Sanitas: 10-1867624-1-1  
Historia Clínica: 30050998  
Tipo de Usuario: Otro

## RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROGRAMA

**Recomendaciones generales:** SE INSISTE EN MEJORAR HABITO ALIMENTICIOS , CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS DIARIAS ALIEMNTAICON BAJA EN SAL Y GRASAS INCREMENTAR PAULATINAMENTE EL EJERCICIO HASTA LLEGAR A 150 MIN SEMANALES , SE INDICA EL USO DE VAUCANCION: DE ACUERDO A SUS FACTORES DE RIESGO , SE LE RECOMIENDA EL USO DE BLOQUEADOR SOLAR A DIARIO, HACER AUTROEXAMENDE MAMA MENSUALMENTE, EVITAR EL TABAQUISMO , YA SA ACTIVA O PASIVAMENTE , EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL SE ASESORA EN LA PREVENCIAON DE CAIDAS Y CONDUCTAS DE ALTO RIESGO QUIMIOPROFILAXIS- INMUNOPROFILAXIS TOMA DE CITOLOGIA SE DA INFORMAICON SOBRE DEBERES Y DERECHOS D ELOS USUARIOS Por pandemia Covid 19 Se hace énfasis NO tocarse la cara lavado de manos con frecuencia cada 2 horas para evitar la propagación de infecciones respiratorias o gastrointestinales usar tapabocas tomar abundantes líquidos estar en lugares bien ventilados y evitar las aglomeraciones manteniendo el distanciamiento social Por pandemia Covid 19 Se hace énfasis en: Signos de alarma dificultad respiratoria, que se le hundan las costillas, que los labios o la punta de los dedos se le coloquen morados, aumento de la frecuencia respiratoria, fiebre, alteración del estado de conciencia.

## DATOS DEL MÉDICO



Dra. Marinela Atencia Ricardo  
Médico General  
CC. 53.043.913 RM. 23159-09

Marinela Atencia Ricardo - Medicina General  
CC 53043913 - Registro médico 53043913

Original