

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2017-07-27 18:17:33			
					Nro. Prescripción 20170727150001981004			
DATOS DEL PRESTADOR								
Departamento: ANTIOQUIA		Municipio: MEDELLÍN		Código Habilitación: 050010909925				
Documento de Identificación: 900038926			Nombre Prestador de Servicios de Salud: PROMEDAN IPS CENTRO					
Dirección: CARRERA 45 NO 50-63			Teléfono: 4441117					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC42979121		Primer Apellido: BEDOYA		Segundo Apellido: VARGAS		Primer Nombre: CONSUELO		
Número Historia Clínica: 42979121		Diagnóstico Principal: R522 OTRO DOLOR CRONICO		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ámbito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO		
MEDICAMENTOS								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[ACETAMINOFEN] 325MG/1U ; [HIDROCODONA BITARTRATO] 5MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 DOSIS	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	1 TABLETA CDA 8 HORAS POR 3 MESES VO	270 / DOSCIENTOS SETENTA / TABLETA
SUCESIVA	[CONDROITINA SULFATO SODICA] 1200MG/1U ; [GLUCOSAMINA SULFATO] 1500MG/1U / POLVOS PARA RECONSTITUIR	1 DOSIS	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	TOMAR 1 SOBRE CDA 24 HORAS VO POR 3 MESES	90 / NOVENTA / SOBRE
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC72290954				Nombre: JONATHAN KEYTH SAENZ MENDEZ				
Registro Profesional: 08328712				Firma				
Especialidad:								

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3951 de 2016.Art. 13. Numeral 4.