


|   |  |  |   |  |   |  |   |   |
|---|--|--|---|--|---|--|---|---|
|  |  | <b>FÓRMULA MÉDICA</b>  |   |  | <b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b><br>2017-12-08 11:17:02 |  |   |   |
|   |  |  |   |  | <b>Nro. Prescripción</b><br>20171208121003928303                      |  |   |   |
| <b>DATOS DEL PRESTADOR</b>  |  |  |   |  |   |  |   |   |
| Departamento:<br>BOGOTÁ, D.C.   |  | Municipio:<br>BOGOTÁ, D.C.   |   | Código Habilitación:<br>110012527501         |   |  |   |   |
| Documento de Identificación:<br>900259421   |  |  | Nombre Prestador de Servicios de Salud:<br>EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y HABILITACION INFANTIL S.A.S |  |   |  |   |   |
| Dirección:<br>CARRERA 24 # 14 - 29 SUR  |  |  | Teléfono:<br>7433693  |  |   |  |   |   |
| <b>DATOS DEL PACIENTE</b>   |  |  |   |  |   |  |   |   |
| Documento de Identificación:<br>CC1073505470                                      |  | Primer Apellido:<br>FORERO   | Segundo Apellido:<br>CHICO  | Primer Nombre:<br>ALEXANDER                  |   | Segundo Nombre:                                |   |   |
| Número Historia Clínica:<br>1073505470  |  | Diagnóstico Principal:<br>F315 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR,<br>EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE<br>CON SINTOMAS PSICOTICOS |   | Usuario Régimen:<br>CONTRIBUTIVO             |   | Ambito atención:<br>HOSPITALARIO - INTERNACIÓN |   |   |
| <b>MEDICAMENTOS</b>   |  |  |   |  |   |  |   |   |
| Tipo prestación   | Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica                                    | Dosis  | Vía Administración  | Frecuencia Administración                    | Indicaciones Especiales   | Duración Tratamiento                           | Recomendaciones   | Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica |
| SUCESIVA  | [ACIDO VALPROICO]<br>500MG/1U /<br>TABLETAS DE<br>LIBERACION<br>MODIFICADA | 1 GRAMO(S)   | ORAL  | 24 HORA(S)                                   | SIN INDICACIÓN<br>ESPECIAL  | 30 DÍA(S)                                      | PACIENTE CON<br>SINTOMAS<br>MANIFORMES CON<br>ALTO RIESGO DE<br>AUTO Y<br>HETEROAGRESIO<br>N POR LO QUE<br>DEBE RECIBIR<br>ESTE<br>MODULADOR<br>PARA<br>ESTABILIZACION<br>DE SINTOMAS<br>AGUDOS | 60 / SESENTA /<br>TABLETA                                   |
| <b>PROFESIONAL TRATANTE</b>   |  |  |   |  |   |  |   |   |
| Documento de Identificación:<br>CC45556015  |  |  |   | Nombre:<br>ILIANA MARGARITA CEBALLOS BARRIOS |   |  |   |   |
| Registro Profesional:<br>1318257  |  |  |   | Firma  |   |  |   |   |
| Especialidad:   |  |  |   |  |   |  |   |   |

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