

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-04-25 12:55:23			
					Nro. Prescripción 20180425133005895624			
DATOS DEL PRESTADOR								
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.		Código Habilitación: 110012527501				
Documento de Identificación: 900259421			Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S					
Dirección: CARRERA 24 # 14 - 29 SUR			Teléfono: 7433693					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC1032497790		Primer Apellido: LOPEZ	Segundo Apellido: RANGEL	Primer Nombre: VICTOR		Segundo Nombre: DANILO		
Número Historia Clínica: 1032497790		Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATÍPICO		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN		
MEDICAMENTOS								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[RISPERIDONA] 1MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 MILIGRAMO(S)	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	UNA TABLETA CADA 8 HORAS VIA ORAL	90 / NOVENTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC75064578				Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ				
Registro Profesional: 15185				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: 748F-493F-FC86-9229-88E2-8B34-D3F1-2AC6				

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