

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-04-12 16:53:20			
					Nro. Prescripción 20180412154005696331			
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: CC19334149		Primer Apellido: GOMEZ	Segundo Apellido: RÓZO	Primer Nombre: DARIO		Segundo Nombre: AUGUSTO		
Número Historia Clínica: 19334149		Diagnóstico Principal: G546 SINDROME DEL MIEMBRO FANTASMA CON DOLOR		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	[PREGABALINA] 150MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	150 MILIGRAMO(S)	ORAL	1 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	20 DÍA(S)	TOMAR 1 TAB VO CADA 12 HORAS	40 / CUARENTA / TABLETA
SUCESIVA	[RIVAROXABAN] 15MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	15 MILIGRAMO(S)	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	TOMAR 1 TAB AL DIA VIA ORAL POR 30 DIAS	30 / TREINTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC57435608				Nombre: LILA MARIA RAMOS TOVAR				
Registro Profesional: 013080				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: 5B0B-0713-7F74-F0FF-6386-E8CC-9020-5024				

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