

		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>			<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2018-01-30 07:30:32			
					<b>Nro. Prescripción</b> 20180130166004599128			
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>								
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.		Código Habilitación: 110012151501				
Documento de Identificación: 900359092			Nombre Prestador de Servicios de Salud: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SAS					
Dirección: CLL 136 N° 52A 46			Teléfono: 3207742186 - 2562240					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Documento de Identificación: CC1136909584		Primer Apellido: VASQUEZ	Segundo Apellido: MÓRENO	Primer Nombre: YENY		Segundo Nombre: TATIANA		
Número Historia Clínica: 1136909584		Diagnóstico Principal: F711 RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ambito atención: 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	[OLANZAPINA] 10MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	10 MILIGRAMO(S)	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	TOMAR 1 DOSIS EN LA MAÑANA 1 EN LA TARDE Y 1 EN LA NOCHE	90 / NOVENTA / CÁPSULA
SUCESIVA	[ARIPRAZOL] 15MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	15 MILIGRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	TOMAR 1 CAPSULA EN LA MAÑANA Y 2 CAPSULAS EN LA NOCHE	90 / NOVENTA / CÁPSULA
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>								
Documento de Identificación: CC13743759				Nombre: MARIO DANILO PARRA VERA				
Registro Profesional: 2323				Firma				
Especialidad:								

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