

		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>			<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2018-01-16 18:51:52			
					<b>Nro. Prescripción</b> 20180116166004394144			
<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: CC1072703225		Primer Apellido: GIL	Segundo Apellido: PARDO	Primer Nombre: LORENA		Segundo Nombre: PAOLA		
Número Historia Clínica: 107203225		Diagnóstico Principal: F721 RETRASO MENTAL GRAVE, 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 LIBERACIÓN NO MODIFICADA	20 MILIGRAMO(S)	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	DAR 1 TABLETA DE 10 MG EN LA MAÑANA Y EN LA NOCHE	180 / CIENTO OCHENTA / TABLETA
<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.