

## FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)								
2018-01-16 19:00:21								
Nro. Prescripción								
20180116129004394224								

				20180116129004394224							
DATOS DEL PRESTADOR											
Departamento: Municipio: BOGOTA, D.C. BOGOTA, D.C.				Código Habilitación: 110012151501							
Documento de Identificación: 900359092					Nombre Prestador de Servicios de Salud: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SAS						
Dirección: CLL 136 № 52A 46					Teléfono: 3207742186 - 2562240						
DATOS DEL PACIENTE											
nento de Identificación: Primer Apellido: AVILA			Segundo Apellido: CASTAÑEDA			Primer Nombre: JUAN			Segundo Nombre: DAVID		
Úmero Historia Clínica: Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATIPICO			Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO			Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN					
			MEDICA	MENTO	S						
Nombre Medicamento / Forma Farmacéutic	Dosis	Vía Administración		Frecuencia Administración				Recomendaciones		Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica	
[QUETIAPINA] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	400 MILIGRAMO(S)	ORAL 24 HORA		S) SIN INDICACIÓ ESPECIAL			3 MES(ES)	DE MA TAI TAI	100MG EN LA ÑANA Y EN LA RDE Y 2 BLETAS DE 100	360 / TRESCIENTOS SESENTA / TABLETA	
		PRO	FESIONA	L TRAT	ANTE						
Documento de Identificación: CC13743759					Nombre: MARIO DANILO PARRA VERA						
nal:											
Especialidad:							Fir	rma			
	ntificación: PA A  línica:  Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica  [QUETIAPINA] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA  entificación:	ntificación: Primer Apellido: AVILA  Diagnóstico F F841 AUTISMO  Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica  [QUETIAPINA] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA  ntificación:	Municipio: BOGOTÁ, D.C.  Titificación:  Primer Apellido: AVILA  Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATIPICO  Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica  [QUETIAPINA] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA  PRO  PRO  Municipio: BOGOTÁ, D.C.  Segur CAST.  Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATIPICO  Vía Administración  ORAL  PRO  PRO  PRO  PRO  PRO  PRO  PRO  PR	Municipio: BOGOTÁ, D.C.  ntificación:  DATOS DEI  ntificación: Primer Apellido: Segundo Apellid CASTANEDA  Línica: Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATIPICO  MEDICA  Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica  [QUETIAPINA] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA  PROFESIONA  ntificación:	Municipio: BOGOTÁ, D.C.  Nombre INSTITU  Teléfonc  ntificación: Primer Apellido: Segundo Apellido: CASTANEDA  ZIÍnica: Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATIPICO  MEDICAMENTO  Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica  [QUETIAPINA] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA  PROFESIONAL TRAT  ntificación: Nombre Modificación: Nombre Modificación: Nombre Modificación: Nombre Modificación Nombre Modificación: Nombre Modificación: Nombre Modificación: Nombre Mario E	Municipio: BOGOTÁ, D.C.  Nombre Prestad INSTITUTO NACIO Teléfono: 3207742186 - 256   DATOS DEL PACIENTE  Intificación: Primer Apellido: Segundo Apellido: CASTANEDA  Línica: Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATIPICO  MEDICAMENTOS  Nombre Medicamento / Frecuencia Administración Es  Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica    QUETIAPINA  100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA    PROFESIONAL TRATANTE   Nombre: MARIO DANILO P	Municipio: BOGOTÁ, D.C.  Nombre Prestador de Servic INSTITUTO NACIONAL DE DE  Teléfono: 3207742186 - 2562240   DATOS DEL PACIENTE  Intificación: Primer Apellido: Segundo Apellido: CASTAÑEDA  Diagnóstico Principal: CASTAÑEDA  Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO  MEDICAMENTOS  Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica  Nombre Administración Frecuencia Administración Especiales  [QUETIAPINA] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA  PROFESIONAL TRATANTE  Intificación: Nombre: MARIO DANILO PARRA VERA	Municipio: BOGOTÁ, D.C.    Nombre Prestador de Servicios de Salud: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMAN Teléfono: 3207742186 - 2562240    DATOS DEL PACIENTE	DATOS DEL PRESTADOR    Municipio: BOGOTÁ, D.C.   Código Habilitación: 110012151501     Nombre Prestador de Servicios de Salud: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SAS     Teléfono: 3207742186 - 2562240     Teléfono: 3207742186 - 2562240     Teléfono: AVILA   Segundo Apellido: CASTAÑEDA   Primer Nombre: JUAN     Inica: Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATIPICO   Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO   Ambito HOSPIT	DATOS DEL PRESTADOR    Municipio: BOGOTA, D.C.	

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