

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2017-10-27 09:55:05
Nro. Prescripción
20171027112002218602

					20171027113003318602						
		DAT	OS DEL	PRESTA	ADOR						
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: CALLE 13 SUR Nº 19 - 25					Teléfono: 5082443						
		DA	TOS DEI	L PACIE	NTE						
Documento de Identificación: Primer Apellido: RAMIREZ			Segundo Apellido: LOZANO			Primer Nombre: LUIS			Segundo Nombre: DAVID		
línica:	Diagnóstico F F209 ESQUIZO	Diagnóstico Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA			Jsuario Régimen: CONTRIBUTIVO			Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN			
			MEDICA	MENTO	S						
Nombre Medicamento / Forma Farmacéutic	Dosis	Vía Administración					Duración Tratamiento		ecomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica	
[ARIPIPRAZOL] 30MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 DOSIS	ORAL 1 DÍA(S					30 DÍA(S)	301	MG 1 TAB EN LA	30 / TREINTA / TABLETA	
		PROF	ESIONA	L TRAT	ANTE						
Documento de Identificación: CE331855					Nombre: KRIS MAYKOL REY SANCHEZ						
al:											
Especialidad:							Firr	ma			
	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutic [ARIPIPRAZOL] 30MG/IU / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA ntificación:	ntificación: Primer Apellido: RAMIREZ Iúnica: Diagnóstico F209 ESQUIZO Nombre Perma Farmacéutica [ARIPIPRAZOL] 30MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA Intificación:	Municipio: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ, D.C. DA' Intificación: Primer Apellido: Segun LOZAN Intifica: Diagnóstico Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECI Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica [ARIPIPRAZOL] 30MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA PROFINTÍFICACIÓN: PROFINTÍFICACIÓN:	Municipio: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ, D.C. DATOS DEI Intificación: Primer Apellido: RAMIREZ Diagnóstico Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA MEDICA Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica [ARIPIPRAZOL] 30MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA PROFESIONA ntificación:	Municipio: BOGOTÁ, D.C. Nombre EMMANU 3-25 DATOS DEL PACIE ntificación: Primer Apellido: RAMIREZ Diagnóstico Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica RAMIREZ Diagnóstico Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica RAMIREZ Diagnóstico Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Vía Administración Frecuencia Administración Proma Farmacéutica Administración PROFESIONAL TRAT Nombre: KRIS MA	ntificación: Nombre Prestade	Municipio: BOGOTÁ, D.C. Nombre Prestador de Servic EMMANUEL INSTITUTO DE RI Teléfono: 5082443	Municipio: BOGOTÁ, D.C. Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION O 5082443 Segundo Apellido: RAMIREZ Segundo Apellido: LUIS Primer Nombre: LUIS	DATOS DEL PRESTADOR Municipio: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ, D.C. Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION SOB2443 3-25 Teléconic Primer Apellido: RAMIREZ Segundo Apellido: LOZANO Primer Nombre: LUIS Inicia: Diagnóstico Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO Machinistración Ramirez Ambito HoSPIT	DATOS DEL PRESTADOR Municipio: BOGOTA, D.C. Código Habilitación: 110012527501 Intificación: Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL Primer Apellido: RAMIREZ Segundo Apellido: LOZANO Primer Nombre: Segundo Nom DAVID Intica: Diagnóstico Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO HOSPITALARIO - INTERN MEDICAMENTOS MEDICAMENTOS	

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