

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-02-10 12:38:06			
					Nro. Prescripción 20180210128004789566			
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 REHABILITACIÓN Y HABILITACION INFANTIL S.A.S					
Dirección: CARRERA 24 # 14 - 29 SUR			Teléfono: 7433693					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC1136910062		Primer Apellido: BERNAL	Segundo Apellido: ARAGON	Primer Nombre: CLAUDIA		Segundo Nombre: CRISTINA		
Número Historia Clínica: 1136910062		Diagnóstico Principal: F711 RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO		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	[ARIPIPAZOL] 15MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	15 MILIGRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	ADMINISTRACIÓN EN DOSIS ÚNICA	30 DÍA(S)	PACIENTE CON RETRASO MENTAL, CON ESQUIZOFRENIA Y ALTERACIONES COMPORTAMENTA LES QUIEN ADEMAS TIENE SINDROME METABOLICO, POR LO QUE SE BENEFICIA DE ESTE MANEJO	60 / SESENTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC45556015				Nombre: ILIANA MARGARITA CEBALLOS BARRIOS				
Registro Profesional: 1318257				Firma				
Especialidad:								

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