

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2017-11-15 14:55:58			
					Nro. Prescripción 20171115185003568914			
DATOS DEL PRESTADOR								
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					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC49655102		Primer Apellido: CONTRERAS	Segundo Apellido: ANGARITA	Primer Nombre: MYRIAM		Segundo Nombre:		
Número Historia Clínica: 49655102		Diagnóstico Principal: F022 DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON		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	[TETRABENAZINA] 25MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	50 MILIGRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	DAR 2 TABLETAS DE 25 MILIGRAMOS CADA 12 HORAS	360 / TRESCIENTOS SESENTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
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.