

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2017-10-23 15:26:15			
					Nro. Prescripción 20171023184003246279			
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: CALLE 13 SUR N° 19 - 25			Teléfono: 5082443					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC52121995		Primer Apellido: AVILA	Segundo Apellido: RUBIANO	Primer Nombre: LUZ		Segundo Nombre: DARY		
Número Historia Clínica: 52121995		Diagnóstico Principal: F333 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE, CON SINTOMAS PSICOTICOS		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	[QUETIAPINA] 25MG/1U / TABLETAS DE LIBERACIÓN NO MODIFICADA	1 DOSIS	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	QUETIAPINA 25MG 1 TAB EN LAS NOCHES	30 / TREINTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CE331855				Nombre: KRIS MAYKOL REY SANCHEZ				
Registro Profesional: 5050062006				Firma				
Especialidad:								

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