

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2017-11-28 20:41:06			
					Nro. Prescripción 20171128195003778437			
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: T11006618188		Primer Apellido: PEDROZO	Segundo Apellido: LUQUEZ	Primer Nombre: RODRIGO		Segundo Nombre: ANDRES		
Número Historia Clínica: 1006618188		Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATÍPICO		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] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	200 MILIGRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	TOMAR 2 TABLETAS DE 100 MG 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.