

		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>			<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2017-11-23 16:32:31			
					<b>Nro. Prescripción</b> 20171123157003706240			
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>								
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					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Documento de Identificación: CC1010172005		Primer Apellido: ROJAS	Segundo Apellido: PEREZ	Primer Nombre: DIANA		Segundo Nombre: CAROLINA		
Número Historia Clínica: 1010172005		Diagnóstico Principal: F332 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN		
<b>MEDICAMENTOS</b>								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[VENLAFAXINA] 150MG/1U / CAPSULAS DE LIBERACION MODIFICADA	150 MILIGRAMO(S)	ORAL	24 HORA(S)	ADMINISTRACIÓN EN DOSIS ÚNICA	30 DÍA(S)	PACIENTE CON DEPRESION SEVERA CON ALTO RIESGO SUICIDA	30 / TREINTA / TABLETA
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>								
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.