

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-02-22 08:02:39			
					Nro. Prescripción 20180222125004966843			
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: CC1018469861		Primer Apellido: VILLAMIL	Segundo Apellido: GUERRERO	Primer Nombre: MARYI		Segundo Nombre: ESTEFANIA		
Número Historia Clínica: 1018469861		Diagnóstico Principal: F332 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN 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	[VENLAFAXINA] 75MG/1U / TABLETAS DE LIBERACIÓN NO MODIFICADA	75 MILIGRAMO(S)	ORAL	24 HORA(S)	ADMINISTRACIÓN EN DOSIS ÚNICA	30 DÍA(S)	PACIENTE CON EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON ALTO RIESGO SUICIDA, POR LO QUE DEBE CONTINUAR MANEJO CON ESTE ANTIDEPRESIVO.	30 / TREINTA / 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.