

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-04-26 13:54:33			
					Nro. Prescripción 20180426112005917466			
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 REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S					
Dirección: CARRERA 24 # 14 - 29 SUR			Teléfono: 7433693					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: TI1010102727		Primer Apellido: VENEGAS	Segundo Apellido: DE LA PARRA	Primer Nombre: AYSHELL		Segundo Nombre: VANESSA DOMINIQUE		
Número Historia Clínica: 1010102727		Diagnóstico Principal: F199 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO, NO ESPECIFICADO		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ambito atención: HOSPITALARIO - DOMICILIARIO		
MEDICAMENTOS								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[RISPERIDONA] 1MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 MILIGRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS POR 90 DIAS	180 / CIENTO OCHENTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC79435235				Nombre: JUAN ELIAS BITAR SUAREZ				
Registro Profesional: 50232007				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: 3199-F1A5-D140-1E74-ABA8-C2DA-0516-AC6C				

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