

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-04-10 15:14:57 Nro. Prescripción 20180410110005650677			
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: CC1073232864		Primer Apellido: JIMENEZ	Segundo Apellido: PLATA	Primer Nombre: SOL		Segundo Nombre: SEBASTIAN		
Número Historia Clínica: 1073232864		Diagnóstico Principal: F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE		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	[PALIPERIDONA] 100MG/1ML / SUSPENSION	1 DOSIS	INTRAMUSCULAR	1 MES(ES)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	1 MES(ES)	APLICAR UNA AMPOLLA INTRAMUSCULAR CADA MES	1 / UNO / AMPOLLA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC80876668				Nombre: MIGUEL ANTONIO ESPINOSA GOMEZ				
Registro Profesional: 80876668				<div style="text-align: center;">Firma</div>				
Especialidad:								
				CodVer: EF4C-D2D8-82FB-6661-DDD4-8725-C2E7-F40D				

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