

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-01-29 11:15:35			
					Nro. Prescripción 20180129171004585522			
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: CC1072641083		Primer Apellido: BELTRAN	Segundo Apellido: BUSTOS	Primer Nombre: JORGE		Segundo Nombre: DIEGO		
Número Historia Clínica: 1072641083		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	[RISPERIDONA] 2MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	2 MICROGRAMO(S)	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	TOMAR Y CAPSULA EN LA MAÑANA, 1 EN LA TARDE Y 1 EN LA NOCHE	90 / NOVENTA / CAPSULA
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.