


| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|--|---|--|
|  | | FÓRMULA MÉDICA | | | Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2017-11-23 17:16:37 | | | |
| | | | | | Nro. Prescripción 20171123175003707398 | | | |
| 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: CC1032501562 | | Primer Apellido: MONTERO | Segundo Apellido: ACOSTA | Primer Nombre: TATIANA | | Segundo Nombre: ANDREA | | |
| Número Historia Clínica: 1032501562 | | Diagnóstico Principal: F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE 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] 37,5MG/1U / TABLETAS DE LIBERACIÓN NO MODIFICADA | 37 MILIGRAMO(S) | ORAL | 24 HORA(S) | ADMINISTRACIÓN EN DOSIS ÚNICA | 30 DÍA(S) | PACIENTE CON DEPRESION SEVERA CON ALTO RIESGO DE SUICIDIO | 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.