

		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>			<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2017-11-16 16:08:09			
					<b>Nro. Prescripción</b> 20171116117003592311			
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>								
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					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Documento de Identificación: CC2870745		Primer Apellido: ARISTIZABAL	Segundo Apellido: MORA	Primer Nombre: LUIS		Segundo Nombre: ALBERTO		
Número Historia Clínica: 2870745		Diagnóstico Principal: F332 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN		
<b>MEDICAMENTOS</b>								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[QUETIAPINA] 25MG/1U / TABLETAS DE LIBERACIÓN NO MODIFICADA	25 MICROGRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	LA TABLETA DEBE DARSE BAJO SUPERVISION DE PERSONAL DE ENFERMERIA	60 / SESENTA / CÁPSULA
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>								
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.