


| | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--------------------------------------|---|--|------------------------------------|---|
|  | | FÓRMULA MÉDICA | | | Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2017-10-27 09:55:05 | | | |
| | | | | | Nro. Prescripción 20171027113003318602 | | | |
| 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: CALLE 13 SUR N° 19 - 25 | | | Teléfono: 5082443 | | | | | |
| DATOS DEL PACIENTE | | | | | | | | |
| Documento de Identificación: T11004005743 | | Primer Apellido: RAMIREZ | Segundo Apellido: LOZANO | Primer Nombre: LUIS | | Segundo Nombre: DAVID | | |
| Número Historia Clínica: 1004005743 | | Diagnóstico Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA | | 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 | [ARIPIPRAZOL] 30MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA | 1 DOSIS | ORAL | 1 DÍA(S) | SIN INDICACIÓN ESPECIAL | 30 DÍA(S) | ARIPIPRAZOL 30MG 1 TAB EN LA NOCHE | 30 / TREINTA / TABLETA |
| PROFESIONAL TRATANTE | | | | | | | | |
| Documento de Identificación: CE331855 | | | | Nombre: KRIS MAYKOL REY SANCHEZ | | | | |
| Registro Profesional: 5050062006 | | | | Firma | | | | |
| Especialidad: | | | | | | | | |

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