

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-04-29 09:36:23			
					Nro. Prescripción 20180429156005949111			
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: TI1028885106		Primer Apellido: CUENCA	Segundo Apellido: FONSECA	Primer Nombre: JUAN		Segundo Nombre: ESTEBAN		
Número Historia Clínica: 1028885106		Diagnóstico Principal: F721 RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO		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	[ARIPIRAZOL] 15MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	15 MILIGRAMO(S)	ORAL	1 DÍA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	60 DÍA(S)	DAR ORAL UNA TABLETA POR DÍA POR 60 DÍAS.	60 / SESENTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC80876668				Nombre: MIGUEL ANTONIO ESPINOSA GOMEZ				
Registro Profesional: 80876668				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: 7DF6-E239-D3C6-2514-89EA-6DB5-17E5-D68F				

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