

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-01-16 18:55:49			
					Nro. Prescripción 20180116117004394185			
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: T11000520630		Primer Apellido: ORTIZ	Segundo Apellido: ARDILA	Primer Nombre: JULIAN		Segundo Nombre: DAVID		
Número Historia Clínica: 1000520630		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	[QUETIAPINA] 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACIÓN NO MODIFICADA	400 MILIGRAMO(S)	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	DAR 1 TABLETA DE 100 MG EN LA MAÑANA Y EN LA TARDE Y 2 TABLETAS DE 100MG EN LA NOCHE	360 / TRESCIENTOS SESENTA / TABLETA
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.