

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-03-28 18:39:26			
					Nro. Prescripción 20180328172005497985			
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: CC1136909584		Primer Apellido: VASQUEZ	Segundo Apellido: MÓRENO	Primer Nombre: YENY		Segundo Nombre: TATIANA		
Número Historia Clínica: 1136909584		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
ÚNICA	[OLANZAPINA] 10MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	10 MILIGRAMO(S)	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	1 MES(ES)	TOMAR MEDIA TABLETA EN LA MAÑANA, MEDIA EN LA TARDE Y 1 EN LA NOCHE	90 / NOVENTA / CÁPSULA
SUCESIVA	[ARIPRAZOL] 15MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	15 MILIGRAMO(S)	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y 2 TABLETAS EN LA NOCHE	90 / NOVENTA / CÁPSULA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC13743759				Nombre: MARIO DANILO PARRA VERA				
Registro Profesional: 2323				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: CECA-D10A-1255-B897-2FEB-C9E2-0D9A-1085				

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