

		PLAN DE MANEJO		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-04-25 10:38:15 Nro. Prescripción En Junta de Profesionales de la Salud	
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: 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
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS					
Tipo prestación	Servicio Complementario	Indicaciones o Recomendaciones	Cantidad Formulada	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)
SUCESIVA	PAÑALES	UN PANAL CADA 6 HORAS	6	HORA(S)	3 MES(ES)
PROFESIONAL TRATANTE					
Documento de Identificación: CC75064578			Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ		
Registro Profesional: 15185			Firma CodVer: 125F-A1FC-01D9-DEEA-58AD-513D-C1D8-6EE7		
Especialidad:					

Esta solicitud esta en revisión por la Junta de Profesionales de la Salud. Comuníquese con su EPS.