

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-04-25 13:10:05			
					Nro. Prescripción 20180425118005895886			
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: TI1000520630		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
ÚNICA	[OLANZAPINA] 10MG/1U / POLVOS PARA RECONSTITUIR	10 MILIGRAMO(S)	INTRAMUSCULAR	1 HORA(S)	ADMINISTRACIÓN EN DOSIS ÚNICA	1 HORA(S)	DOSIS UNICA INTRAMUSCULAR	1 / UNO / AMPOLLA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC75064578				Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ				
Registro Profesional: 15185				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: 3D5A-4670-D05C-04C5-530A-3C77-31AF-C1C8				

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