

		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>			<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2018-05-10 10:19:56			
					<b>Nro. Prescripción</b> 20180510168006112183			
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>								
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					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Documento de Identificación: TI1034657937		Primer Apellido: PLAZAS	Segundo Apellido: ARISTIZABAL	Primer Nombre: STEPHANIE		Segundo Nombre:		
Número Historia Clínica: 1034657937		Diagnóstico Principal: F918 OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN		
<b>MEDICAMENTOS</b>								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	[OLANZAPINA] 5MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	5 MICROGRAMO(S)	ORAL	2 DÍA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	INICIAR 1 TABLETA CADA 12HORAS POR UN MES	60 / SESENTA / TABLETA
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>								
Documento de Identificación: CC79435235				Nombre: JUAN ELIAS BITAR SUAREZ				
Registro Profesional: 50232007				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: 10B3-FA0B-6A63-6042-7FEF-C506-BD4C-5A7A				

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