

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-02-03 22:58:59			
					Nro. Prescripción 20180203191004682837			
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: CC49655102		Primer Apellido: CONTRERAS		Segundo Apellido: ANGARITA		Primer Nombre: MYRIAM		
Segundo Nombre: 		Número Historia Clínica: 49655102		Diagnóstico Principal: F022 DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON		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	[TETRABENAZINA] 25MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	50 MICROGRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	1 MES(ES)	TOMAR 2 TABLETAS EN LA MAÑANA Y 2 TABLETAS EN LA NOCHE	120 / CIENTO VEINTE / CÁPSULA
SUCESIVA	[QUETIAPINA] 200MG/1U / CAPSULAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	200 MICROGRAMO(S)	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	1 MES(ES)	TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA, 1 EN LA TARDE Y 1 EN LA NOCHE	90 / NOVENTA / CÁPSULA
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.