

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2017-10-27 14:13:36			
					Nro. Prescripción 20171027178003325434			
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 REHABILITACIÓN Y HABILITACION INFANTIL S.A.S					
Dirección: CALLE 13 SUR N° 19 - 25			Teléfono: 5082443					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC51912588		Primer Apellido: ORTIZ	Segundo Apellido: GRISALES	Primer Nombre: CONSTANZA		Segundo Nombre:		
Número Historia Clínica: 51912588		Diagnóstico Principal: F332 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS		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	[VENLAFAXINA] 150MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION MODIFICADA	150 MILIGRAMO(S)	ORAL	24 HORA(S)	ADMINISTRACIÓN EN DOSIS ÚNICA	30 DÍA(S)	PACIENTE CON DEPRESION GRAVE QUIEN VENIA EN MANEJO CON ESTE ANTIDEPRESIVO CON ADECUADA RESPUESTA	30 / TREINTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC45556015				Nombre: ILIANA MARGARITA CEBALLOS BARRIOS				
Registro Profesional: 1318257				Firma				
Especialidad:								

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