

		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>			<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2018-06-26 22:31:24			
					<b>Nro. Prescripción</b> 20180626130006818815			
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>								
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					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Documento de Identificación: CC53097471		Primer Apellido: MERCHAN	Segundo Apellido: 	Primer Nombre: LUISA		Segundo Nombre: FERNANDA		
Número Historia Clínica: 53097471		Diagnóstico Principal: F721 RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO		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] 10MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	10 MILIGRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	UNA CADA 12 HORAS	60 / SESENTA / TABLETA
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>								
Documento de Identificación: CC75064578				Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ				
Registro Profesional: 15185				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: B7C3-7F67-BA92-B5DD-94A1-7874-D835-A745				

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