

 		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-08-18 21:28:45	
FÓRMULA MÉDICA		Nro. Prescripción 20180818110007621500	
DATOS DEL PRESTADOR			
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.	
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: CC79859166		Primer Apellido: PARRA	
Segundo Apellido: AGUILERA		Primer Nombre: JOHN	
Segundo Nombre: FREDY		Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN	
Número Historia Clínica: 79859166		Diagnóstico Principal: F333 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE, CON SINTOMAS PSICOTICOS	
Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO			
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] 37,5MG/1U / CAPSULAS DE LIBERACION MODIFICADA	150 MILIGRAMO(S)	ORAL
24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	CUATRO CAPSULAS CADA MANANA
120 / CIENTO VEINTE / CÁPSULA			
PROFESIONAL TRATANTE			
Documento de Identificación: CC75064578		Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ	
Registro Profesional: 15185		Firma	
Especialidad:			
		CodVer: 0D5B-58E2-AC9E-4954-A636-A258-FFB7-0157	

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.