

 		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-07-26 22:30:53	
FÓRMULA MÉDICA		Nro. Prescripción 20180726174007269826	
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: CC1136909584	Primer Apellido: VASQUEZ	Segundo Apellido: MÓRENO	Primer Nombre: YENY
Segundo Nombre: TATIANA	Número Historia Clínica: 1136909584		Diagnóstico Principal: F731 RETRASO MENTAL PROFUNDO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO
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	[OLANZAPINA] 10MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	10 MILIGRAMO(S)	ORAL
12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	UNA CADA 12 HORAS
180 / CIENTO OCHENTA / TABLETA			
PROFESIONAL TRATANTE			
Documento de Identificación: CC75064578		Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ	
Registro Profesional: 15185		Firma CodVer: 77C3-7E17-3E6D-6410-B645-6241-A04A-BCEA	
Especialidad:			

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