

insalud

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)								
2018-12-27 09:52:29								
Nro. Prescripción								
20181227160009748071								

DATOS DEL PRESTADOR														
Departamento: BOGOTÁ, D.C.	Municipio: BOGOTÁ, D.C.			Código Habilit 110012151501				tación:						
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 Ide TI1002727551	entificación:	Primer Apellido: S NARANJO S			Segund CARDE	Segundo Apellido CARDENAS		o: Primer Non ADRIANA				Segundo Nombre: SOFIA		
Número Historia C 1002727551	Clínica:		Diagnóstico Principal: F721 RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATEN O TRATAMIENTO				Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO			Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN				
MEDICAMENTOS														
Tipo prestación Nombre Medicamento Forma Farmacéu			Dosis Vía Admi		stración	Frecu Admini			Duración Tratamiento		Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica		
SUCESIVA	[RISPERIDONA] 2MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA			ORAL 12 HORA(DICACIÓN 12 HORA(S)		DI CC Y LA	ACIENTE CON SCAPACIDAD OGNITIVA GRAVE TRASTORNO DE A CONDUCTA SOCIADO	60 / SESENTA / TABLETA		
PROFESIONAL TRATANTE														
Documento de Identificación: CC1127353033								Nombre: VIRGINIA COROMOTO SANCHEZ ARENAS						
Registro Profesional: 11838/2011														
Especialidad:								Firma CodVer: 8079-424C-5469-F44B-33D0-5101-91C3-8663						
		CodVer: 8079-424C-5A69-F4AB-33D0-5101-91C3-8663												

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