	(8)	MINSALUD	
--	-----	----------	--



FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-07-27 02:16:40 Nro. Prescripción

FORMODA MEDICA						20180727183007270054					
DATOS DEL PRESTADOR											
Departamento: Municipio: BOGOTÁ, D.C. 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 № 52A 46					Teléfono: 3207742186 - 2562240						
	DATOS DEL	PACIEN	TE								
nento de Identificación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Segundo Apellido: RANGEL			o: Primer Nombre: VICTOR			Segundo Nombre: DANILO					
Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATIPICO			Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO				Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN				
	MEDICA	MENTOS									
osis Vía Administr					Duración Tratamiento		ecomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica			
AMO(S) ORAL	8 HORA(S		SIN INDICACIÓN 3 ME ESPECIAL		3 MES(ES)			270 / DOSCIENTOS SETENTA / TABLETA			
ı	PROFESIONA	L TRATA	NTE								
Documento de Identificación: CC75064578				Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ							
·											
Especialidad:											
D 1 1/ 1005 1 004					D87D	-98C0-0	A1F-93FF-FEF1	1-60B1-54E5-D039			
ic garage	Municipio: BOGOTA, do: nóstico Principal: AUTISMO ATIPICO sis Vía Admin MO(S) ORAL	DATOS DEL Municipio: BOGOTÁ, D.C. DATOS DEL do: Segundo Apellid RANGEL nóstico Principal: AUTISMO ATIPICO MEDICA sis Vía Administración Frecu Adminis MO(S) ORAL 8 HORA(S	DATOS DEL PRESTAI Municipio: BOGOTÁ, D.C. Nombre PINSTITUTO Teléfono: 320774218 DATOS DEL PACIEN do: Segundo Apellido: RANGEL nóstico Principal:	DATOS DEL PRESTADOR Municipio: BOGOTÁ, D.C. Nombre Prestad INSTITUTO NACIO Teléfono: 3207742186 - 2562 DATOS DEL PACIENTE do: Segundo Apellido: RANGEL Usuario Régimen CONTRIBUTIVO MEDICAMENTOS sis Vía Administración Frecuencia Administración Esp MO(S) ORAL 8 HORA(S) SIN INDI ESPECIA PROFESIONAL TRATANTE Nombre: JUAN CARLOS CU CodVer:	DATOS DEL PRESTADOR Municipio: BOGOTÁ, D.C. Nombre Prestador de Servic INSTITUTO NACIONAL DE DEN Teléfono: 3207742186 - 2562240 DATOS DEL PACIENTE do: Segundo Apellido: Primer Nor VICTOR Nombre: Segundo Apellido: Primer Nor VICTOR OSTIGNO ATIPICO Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO MEDICAMENTOS Sis Vía Administración Frecuencia Administración Especiales MO(S) ORAL 8 HORA(S) SIN INDICACIÓN ESPECIAL ORAL SIN INDICACIÓN SIN INDI	DATOS DEL PRESTADOR Municipio: BOGOTA, D.C.	DATOS DEL PRESTADOR Municipio: BOGOTA, D.C. Código Habilitación: 110012151501 Nombre Prestador de Servicios de Salud: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SAS Teléfono: 3207742186 - 2562240 DATOS DEL PACIENTE do: Segundo Apellido: Primer Nombre: VICTOR Nombre: Segundo ATIPICO Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO Ambito HOSPIT MEDICAMENTOS Indicaciones Especiales Duración Tratamiento Regimen: CONTRIBUTIVO Regimen: CONT	DATOS DEL PRESTADOR Municipio: BOGOTÁ, D.C.			