

 		<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2018-07-27 03:00:59	
<b>FÓRMULA MÉDICA</b>		<b>Nro. Prescripción</b> 20180727197007270072	
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>			
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.	
Código Habilitación: 110012527501			
Documento de Identificación: 900259421		Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S	
Dirección: CARRERA 24 # 14 - 29 SUR		Teléfono: 7433693	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
Documento de Identificación: CC1032408906	Primer Apellido: CAMERO	Segundo Apellido: SÁNCHEZ	Primer Nombre: JOHN
Segundo Nombre: FRÉDY			
Número Historia Clínica: 1032408906	Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATÍPICO	Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO	Ámbito 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	[LAMOTRIGINA] 200MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	200 MILIGRAMO(S)	ORAL
12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	UNA CADA 12 HORAS
180 / CIENTO OCHENTA / TABLETA			
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>			
Documento de Identificación: CC75064578		Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ	
Registro Profesional: 15185		Firma CodVer: 907C-E758-1C32-C00A-CF89-31F8-EFBD-9945	
Especialidad:			

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