

 		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-07-26 23:05:56	
FÓRMULA MÉDICA		Nro. Prescripción 20180726129007269911	
DATOS DEL PRESTADOR			
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.	
Documento de Identificación: 900359092		Código Habilitación: 110012151501	
Dirección: CLL 136 N° 52A 46		Nombre Prestador de Servicios de Salud: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SAS	
Teléfono: 3207742186 - 2562240			
DATOS DEL PACIENTE			
Documento de Identificación: CC49655102		Primer Apellido: CONTRERAS	
Segundo Apellido: ANGARITA		Primer Nombre: MYRIAM	
Segundo Nombre:			
Número Historia Clínica: 49655102		Diagnóstico Principal: F022 DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON	
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	[RISPERIDONA] 1MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 MILIGRAMO(S)	ORAL
24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	UNA CADA NOCHE
90 / NOVENTA / TABLETA			
PROFESIONAL TRATANTE			
Documento de Identificación: CC75064578		Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ	
Registro Profesional: 15185		Firma	
Especialidad:			
		CodVer: 5F93-4852-2F19-7F98-D286-E3E9-D165-0D52	

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