

 <div> <div>La salud es de todos</div> <div>Minsalud</div> </div>		<b>FÓRMULA MÉDICA</b>		<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2019-02-22 11:24:54 <b>Nro. Prescripción</b> 20190222125010585406				
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>								
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					
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>								
Documento de Identificación: CC1016065782		Primer Apellido: ORDÓÑEZ		Segundo Apellido: MÚRCIA				
Primer Nombre: CAMILA		Segundo Nombre: ALÉXANDRA						
Número Historia Clínica: 1016065782		Diagnóstico Principal: F701 RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO				
Ambito 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	[ARIPIRAZOL] 15MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	15 MILIGRAMO(S)	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	TOMAR 1 TABLETA DIARIA EN LA NOCHE POR 3 MESES	90 / NOVENTA / TABLETA
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>								
Documento de Identificación: CC13743759				Nombre: MARIO DANILO PARRA VERA				
Registro Profesional: 2323				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: 79C6-0CFD-3900-5CB8-7984-4630-251C-0305				

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