

 		<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2018-07-27 02:08:18	
<b>FÓRMULA MÉDICA</b>		<b>Nro. Prescripción</b> 20180727150007270050	
<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: CC1136909414	Primer Apellido: AVILA	Segundo Apellido: CASTANEDA	Primer Nombre: JUAN
Segundo Nombre: DAVID			
Número Historia Clínica: 1136909414	Diagnóstico Principal: F841 AUTISMO ATÍPICO	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	[RISPERIDONA] 1MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 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: 912D-1B4A-01CE-0DE9-CE41-BE78-C155-B69C	
Especialidad:			

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