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



FÓRMIILA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2018-07-26 21:33:46
Nro. Prescripción
20180726115007269696

FORMOLIA MEDICA												20180726115007269696		
DATOS DEL PRESTADOR														
Departamento: Municipio: BOGOTÁ, D.C. 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						
					DA	TOS DEL	PACIE	NTE						
Documento de Identificación: Primer Apellido: FLORIAN				Segundo Apellido			0:	Primer Nom				Segundo Nombre: CLEMENTINA		
Número Historia Clínica: Diagnóstico F 51639513 Diagnóstico F F252 TRASTO TIPO MIXTO				rincipal: RNO ESQUIZOAFECTIVO DE			Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO			Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN				
					ı	MEDICA	MENTO	S						
Tipo prestación	Tipo prestación Nombre Dosis Vía Administra Medicamento / Forma Farmacéutica					ministración Frecu Adminis		iencia Indicac stración Espec		Duración Tratamiento		Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica	
SUCESIVA	[LAMOTRIGINA] 100 MILIGRAMO(S) ORAL 12 HOR 100MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA 100 MILIGRAMO(S) ORAL 12 HOR					12 HORA(HORA(S) SIN INDICACIÓN ESPECIAL			3 MES(ES)		NA CADA 12 ORAS	180 / CIENTO OCHENTA / TABLETA	
					PROF	ESIONA	L TRAT	ANTE						
Documento de Identificación: CC75064578							Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ							
Registro Profesional: 15185										_				
Especialidad:							Firma							
		CodVer: 5FA7-8AFF-88A5-32C8-B04C-2C36-EB93-51E2												

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