

		FÓRMULA MÉDICA		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2019-02-13 15:37:09 Nro. Prescripción En Junta de Profesionales de la Salud				
DATOS DEL PRESTADOR								
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					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC1096644227		Primer Apellido: SOLER		Segundo Apellido: ARIAS				
Primer Nombre: JAIRÓ		Segundo Nombre: BORNEY						
Número Historia Clínica: 1096644227		Diagnóstico Principal: F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE		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	[ACIDO VALPROICO] 500MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION MODIFICADA	500 MILIGRAMO(S)	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	TOMAR 1 TABLETA DE 500MG CADA 8 HORAS POR 3 MESES	270 / DOSCIENTOS SETENTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC13743759			Nombre: MARIO DANILO PARRA VERA					
Registro Profesional: 2323			Firma CodVer: 38A1-2109-F283-6357-9995-E8CB-D6F2-762D					
Especialidad:								

Esta solicitud está en análisis por la Junta de Profesionales de la Salud. Comuníquese con su EPS.