

		FÓRMULA MÉDICA			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-06-27 03:15:29			
					Nro. Prescripción 20180627128006819081			
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: 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		
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	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	UNA CADA 12 HORAS	90 / NOVENTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC75064578				Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ				
Registro Profesional: 15185				Firma				
Especialidad:								
				CodVer: 1E80-994E-FFA8-C8AF-E1D2-43E8-EEF1-74AC				

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3951 de 2016.Art. 13. Numeral 4.