


|   |  |   |  |   |  |                      |   |   |
|---|--|---|--|---|--|----------------------|---|---|
|  |  | <b>FÓRMULA MÉDICA</b>   |  | <b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b><br>2019-03-11 13:28:40<br><b>Nro. Prescripción</b><br>20190311103010843692 |  |                      |   |   |
| <b>DATOS DEL PRESTADOR</b>  |  |   |  |   |  |                      |   |   |
| Departamento:<br>BOGOTÁ, D.C.   |  | Municipio:<br>BOGOTÁ, D.C.  |  | Código Habilitación:<br>110012151503  |  |                      |   |   |
| Documento de Identificación:<br>900359092   |  |   | Nombre Prestador de Servicios de Salud:<br>INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL SAS |   |  |                      |   |   |
| Dirección:<br>CARRERA 22 N° 142 - 63  |  |   | Teléfono:<br>7443584   |   |  |                      |   |   |
| <b>DATOS DEL PACIENTE</b>   |  |   |  |   |  |                      |   |   |
| Documento de Identificación:<br>CC37826359  |  | Primer Apellido:<br>TAFUR   | Segundo Apellido:<br>RÓMERO  | Primer Nombre:<br>LUZ   | Segundo Nombre:<br>NIDIA                       |                      |   |   |
| Número Historia Clínica:<br>37826359  |  | Diagnóstico Principal:<br>F316 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR,<br>EPISODIO MIXTO PRESENTE |  | Usuario Régimen:<br>CONTRIBUTIVO  | Ambito atención:<br>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  | [LAMOTRIGINA] 25MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA | 25 MILIGRAMO(S)   | ORAL   | 24 HORA(S)  | SIN INDICACIÓN ESPECIAL                        | 30 DÍA(S)            | TOMAR 1 TABLETA DE 25MG EN LAS NOCHES POR 1 MES | 30 / TREINTA / TABLETA                                      |
| <b>PROFESIONAL TRATANTE</b>   |  |   |  |   |  |                      |   |   |
| Documento de Identificación:<br>CC13743759  |  |   | Nombre:<br>MARIO DANILO PARRA VERA   |   |  |                      |   |   |
| Registro Profesional:<br>2323   |  |   | Firma  |   |  |                      |   |   |
| Especialidad:   |  |   |  |   |  |                      |   |   |
|   |  |   | CodVer:<br>A117-B37B-2CEF-3353-1AFA-AF5B-7B30-7260                                     |   |  |                      |   |   |

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