(8)	MINSALUD
-	



FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)						
2018-08-10 20:17:31						
Nro. Prescripción						
20180810113007496066						

- 3-2-3-1 - 1-2 - 3-1								20180810113007496066					
DATOS DEL PRESTADOR													
Departamento: BOGOTÁ, D.C.	partamento: Municipio: BOGOTÁ, D.C. BOGOTÁ, D.C.					Código Habilit 110012527501				tación:			
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							
DATOS DEL PACIENTE													
Documento de Identificación: Primer Apellido: MEJIA				Segundo Apellido DAVILA				Primer Nor HERNANDO			Segundo Nombre:		
Número Historia Clínica: 4245073 Diagnóstico Principal: F701 RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO				Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO				Ambito atención: HOSPITALARIO - INTERNACIÓN					
MEDICAMENTOS													
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéut	Dosis	Vía Admin			lencia Indicaciones stración Especiales		Duración Tratamiento		ecomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica		
SUCESIVA	[RISPERIDONA] 1MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	1 MILIGRAMO(S	S) ORAL		12 HORA(S		SIN IND ESPECI	NDICACIÓN 30 HORA(S)			IA CADA 12 DRAS	60 / SESENTA / TABLETA	
PROFESIONAL TRATANTE													
Documento de Identificación: CC75064578				Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ									
Registro Profesional: 15185							_						
Especialidad:				Firma CodVer: B108-DBD0-B727-1E06-1574-6300-56E1-05AA									
						CodVer: B108-DBD0-B727-1E06-1574-6300-56E1-05AA							

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