

 		<b>Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)</b> 2018-07-18 03:30:23	
<b>FÓRMULA MÉDICA</b>		<b>Nro. Prescripción</b> 20180718191007131404	
<b>DATOS DEL PRESTADOR</b>			
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: 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	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
Documento de Identificación: CC51639513	Primer Apellido: FLORIAN	Segundo Apellido:	Primer Nombre: MARIA
Segundo Nombre: CLÉMENTINA			
Número Historia Clínica: 51639513	Diagnóstico Principal: F252 TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MIXTO	Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO	Ámbito atención: 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	[ARIPRAZOL] 15MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	30 MILIGRAMO(S)	ORAL
24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	DOS TABLETAS CADA NOCHE
60 / SESENTA / TABLETA			
<b>PROFESIONAL TRATANTE</b>			
Documento de Identificación: CC75064578		Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ	
Registro Profesional: 15185		Firma  CodVer: 74D8-6D27-A088-6645-D653-0B6C-5229-5D12	
Especialidad:			

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