

		FÓRMULA MÉDICA		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2019-02-19 18:49:10				
				Nro. Prescripción 20190219196010531937				
DATOS DEL PRESTADOR								
Departamento: CUNDINAMARCA		Municipio: FACATATIVÁ		Código Habilitación: 252690215801				
Documento de Identificación: 900259421			Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMMANUEL INSTITUTO DE REHABILITACION Y HABILITACION INFANTIL S.A.S					
Dirección: VEREDA LOS MANZANOS VIA LA FLORIDA LOTE EMANUEL			Teléfono: 7433693					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC10220895		Primer Apellido: AGUILAR	Segundo Apellido: ALBA	Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre:			
Número Historia Clínica: 10220895		Diagnóstico Principal: F220 TRASTORNO DELIRANTE		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	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	1 TAB NOCHE	30 / TREINTA / TABLETA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC1019038873				Nombre: JONATHAN CAMILO BELTRAN GARCIA				
Registro Profesional: 1019038873				Firma CodVer: 2893-ADA2-9E15-99EF-79B0-85EC-B3FA-A053				
Especialidad:								

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