

 		Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2018-07-26 22:27:10	
FÓRMULA MÉDICA		Nro. Prescripción 20180726137007269813	
DATOS DEL PRESTADOR			
Departamento: BOGOTÁ, D.C.		Municipio: BOGOTÁ, D.C.	
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: CC1136909584		Primer Apellido: VASQUEZ	
Segundo Apellido: MÓRENO		Primer Nombre: YENY	
Segundo Nombre: TATIANA			
Número Historia Clínica: 1136909584		Diagnóstico Principal: F731 RETRASO MENTAL PROFUNDO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	
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	[ARIPIRAZOL] 15MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	15 MILIGRAMO(S)	ORAL
8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 MES(ES)	UNA CADA 8 HORAS
270 / DOSCIENTOS SETENTA / TABLETA			
PROFESIONAL TRATANTE			
Documento de Identificación: CC75064578		Nombre: JUAN CARLOS CUELLAR HERNANDEZ	
Registro Profesional: 15185		Firma	
Especialidad:			
		CodVer: 9757-83F3-D06C-6782-AA3D-9C73-0528-F0A5	

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