



NOMBRE DEL PACIENTE  
**MARTINEZ ESCAMILLA LUIS ANTONIO**  
Edad 30 años

**Fecha**      **Hora**  
2025/04/26 14:57

**Rp:**

- **Celestone soluspan (SOLUCION INYECTABLE)**  
APLICAR UNA SOLUCION INYECTABLE PERIOcular, CADA 24 HORAS HASTA TERMINAR

**Recomendaciones:**

- En caso de dudas o preguntas comunicarse inmediatamente a los números telefónicos de la clínica.
- Recuerde que todos los medicamentos pueden tener efectos colaterales, mismos que su médico le ha explicado de forma detallada y que estan siendo vigilados y monitorizados durante su tratamiento

Próxima consulta:      MAÑANA

Fecha de cita: \_\_\_\_\_

Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_

Agendó: \_\_\_\_\_

Médico

\_\_\_\_\_  
RONALD RIVERA SEMPETEGUI