



NOMBRE DEL PACIENTE  
**JOSEFINA DIVINA GONZALEZ SANCHEZ**  
Edad 30 años

**Fecha**      **Hora**  
2025/04/28 15:00

**Rp:**

- **LUBREX (Carboximetilcelulosa de sodio 5.0 MG) (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTTA EN AMBOS OJOS CADA 12 HORAS HASTA SIGUIENTE CONSULTA

**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 están siendo vigilados y monitorizados durante su tratamiento

Próxima consulta:      **CON RESULTADOS**

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

Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_

Agendó: \_\_\_\_\_

Médico

\_\_\_\_\_  
**GOTTLINDA PAYAN GONZALEZ**