



NOMBRE DEL PACIENTE  
**GONZALEZ CASTILLO IRMA**  
Edad 70 años

**Fecha**      **Hora**  
2025/04/29 13:52

**Rp:**

- **EYESTIL PLUS 10 ML (Hialuronato de sodio 4%) (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTA EN AMBOS OJOS CADA MAÑANA 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 estan siendo vigilados y monitorizados durante su tratamiento

Próxima consulta:      4 MESES

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

Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_

Agendó: \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_

**MARIANA OSORIO LOPEZ**