



NOMBRE DEL PACIENTE  
**DE LA ROSA MOSQUEDA ITZEL ANAHI**  
Edad 14 años

**Fecha**      **Hora**  
2025/04/30 12:10

**Rp:**

- **EYESTIL LUB 10 ML (Hialuronato de sodio 1.5%) (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTA EN AMBOS OJOS CADA 8 HORAS NO SUSPENDER

**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:      3 MESES

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

Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_

Agendó: \_\_\_\_\_

Médico

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