



NOMBRE DEL PACIENTE
BERNAL CAMPUZANO INES
Edad 57 años

Fecha **Hora**
2025/05/05 12:45

Rp:

- **EYESTIL LUB 10 ML (Hialuronato de sodio 1.5%) (GOTAS)**
APLICAR UNA GOTA EN AMBOS OJOS CADA 8 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 estan siendo vigilados y monitorizados durante su tratamiento

Próxima consulta: 4 MESES

Fecha de cita: _____

Próxima cita: Dr(a) _____

Agendó: _____

Médico

GOTTLINDA PAYAN GONZALEZ