



NOMBRE DEL PACIENTE  
**LOAIZA CORTES VICTOR**  
Edad 68 años

**Fecha**      **Hora**  
2025/05/05 13:09

**Rp:**

- **ELIPTIC OFTENO (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTA EN AMBOS OJOS CADA 12 HORAS NO SUSPENDER
- **EYESTIL LUB 10 ML (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTA EN AMBOS OJOS CADA 6 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:      4 MESES

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

Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_

Agendó: \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_

**JORGE RIVERA SEMPETEGUI**