



NOMBRE DEL PACIENTE  
**ARIBETH AYLIN ALFARO LOPEZ**  
Edad 22 años

**Fecha**      **Hora**  
2025/05/06 10:04

**Rp:**

**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:      1 SEMANA

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

Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_

Agendó: \_\_\_\_\_

Médico

\_\_\_\_\_  
ILSE LOPEZ OSORIO