



NOMBRE DEL PACIENTE  
**MENDOZA CHAVEZ ELEONOR**  
Edad 14 años

**Fecha**      **Hora**  
2025/05/07 13:26

**Rp:**

- **3-A OFTENO (Diclofenaco) (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTA EN OJO DERECHO CADA 6 HORAS HASTA SIGUIENTE CONSULTA
- **EYESTIL LUB 10 ML (Hialuronato de sodio 1.5%) (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTA EN AMBOS OJOS CADA 6 HORAS HASTA SIGUIENTE CONSULTA
- **ADVIL (Ibuprofeno) 400 MG (CÁPSULAS)**  
TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS DURANTE 5 DIAS

**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 SEMANAS

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

Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_

Agendó: \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_  
MARIANA OSORIO LOPEZ