



NOMBRE DEL PACIENTE  
**ROMERO TOVAR PABLO**  
Edad 1 años

**Fecha**      **Hora**  
2025/05/08 12:31

**Rp:**

- **EYESTIL LUB 10 ML (Hialuronato de sodio 1.5%) (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTTA EN AMBOS OJOS CADA EN CASO DE MOLESTIA UN MES SI Y UN MES NO

**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

\_\_\_\_\_  
LILIA GIL FERNANDEZ