



NOMBRE DEL PACIENTE
MARTINEZ HERNANDEZ ABRAHAM
Edad 3 años

Fecha **Hora**
2025/05/08 15:07

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: 3 MESES

Fecha de cita: _____

Próxima cita: Dr(a) _____

Agendó: _____

Médico

LILIA GIL FERNANDEZ