



NOMBRE DEL PACIENTE  
**GONZALEZ VALENTINO FERNANDO**  
Fecha de nacimiento 28/09/1960

**Fecha**      **Hora**  
2025/12/03 11:59  
Edad 65 años

**Rp:**

- **REFRESH TEARS (Carboximetilcelulosa) (GOTAS)**  
APLICAR UNA GOTTA 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:      1 MES

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

Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_

Agendó: \_\_\_\_\_

Médico

**GOTTLINDA PAYAN GONZALEZ**