



NOMBRE DEL PACIENTE  
**J CARMELO LEMUS SANDOVAL**  
Fecha de nacimiento 03/10/1953

**Fecha**      **Hora**  
2026/01/03 09:06  
Edad 72 años

**Rp:**  
- **BEDOYECTA (Complejo B) (CÁPSULAS)**  
TOMAR UNA CÁPSULA CADA MAÑANA HASTA TERMINAR

**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:      **CON RESULTADOS**  
Fecha de cita: \_\_\_\_\_  
Próxima cita: Dr(a) \_\_\_\_\_  
Agendó: \_\_\_\_\_

Médico  
**GOTTLINDA PAYAN GONZALEZ**

