Centro Ocular Texcoco

NOMBRE DEL PACIENTE
CALLES CALLES OLIVIA
Fecha de nacimiento 22/11/1972

Fecha	**Hora**
2026/01/31	09:10

Edad 53 años

Rp:

- **PREDNEFRIN SF (Acetato de Prednisolona) AGITAR (SUSPENSIÓN)**
  APLICAR UNA GOTA SUSPENSIÓN EN OJO DERECHO CADA 4 HORAS HASTA SIGUIENTE CONSULTA
- **AVELUX 0.5ML (Moxifloxacino) (GOTAS)**
  APLICAR UNA GOTA EN OJO IZQUIERDO CADA 4 HORAS HASTA SIGUIENTE CONSULTA
- **EYESTIL LUB 10 ML (Hialuronato de sodio 1.5%) (GOTAS)**
  APLICAR UNA GOTA 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: EN CUATRO DÍAS

Fecha de cita: _____

Próxima cita: Dr(a) _____

Agendó: _____

COPIA

Médico _____
YOLANDA CHAVEZ ROMERO