

**TRATAMIENTO DE FOTOBIMODULACIÓN CON VALEDA**

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

D

M

A

Edad

Nombre del Médico

Tx Valeda

Ojo Derecho

Ojo Izquierdo

Ambos Ojos

**FECHAS DE SESIONES DEL TRATAMIENTO**

Sesión 1	D	M	A	Técnico		Hora	
Sesión 2	D	M	A	Técnico		Hora	
Sesión 3	D	M	A	Técnico		Hora	
Sesión 4	D	M	A	Técnico		Hora	
Sesión 5	D	M	A	Técnico		Hora	
Sesión 6	D	M	A	Técnico		Hora	
Sesión 7	D	M	A	Técnico		Hora	
Sesión 8	D	M	A	Técnico		Hora	
Sesión 9	D	M	A	Técnico		Hora	

**NOTAS IMPORTANTES**

Licencia

El Tratamiento debera de realizarse cada tres días (ej) Lunes, Miercoles y Viernes o Martes,Jueves y Sabados

Si no acude a alguna de sus citas favor de reportase a la brevedad a Oftalmoaser de Monterrey para reagendar el resto de sus sesiones

**INDICACIONES ADICIONALES**

Firma de Doctor

818318-6858 | 818318-6816 | 818318-6852 | 818318-6853 | 814444-2090