**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de asunto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rx:**

La mupirocina 2% pomada (genérico)

**Aplicar a cada orificio nasal dos veces al día de lunes a viernes cada dos semanas**

Dispensación: dos tubos de 22 g

Recargas x 2

**Nombre del Doctor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre

**Firma del Doctor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**SELLO DE OFICINA AQUÍ**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de asunto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rx:**

Enjuague bucal de clorhexidina al 0,12%

**Menee el enjuague bucal alrededor de la boca (haz gárgaras, si puedes) 15 cc durante 30 segundos y luego escupe. Use dos veces al día, de lunes a viernes, cada otra semana.**

Dispensar: botella de 16 oz

Recargas x 2

**Nombre del Doctor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre

**Firma del Doctor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**SELLO DE OFICINA AQUÍ**