I. MUNICIPALIDAD CERRILLOS

N° 81

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : María Polma. **RUT:** _____

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____

NOMBRE MASCOTA: Scoty. **N° CHIP:** _____

FECHA CITACION	FECHA ASISTENCIA	ML. APLICADOS	FIRMA
	15-04-14.	0,3 ML.	Mª Polma
	22-04-14	0,3 ML.	Mª Polma
	30-04-14.	0,3 ML.	Mª Polma