I. MUNICIPALIDAD CERRILLOS

N° 84

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : Soledad. **RUT:** _____

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____

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

FECHA CITACION	FECHA ASISTENCIA	ML. APLICADOS	FIRMA
	22-07-14	0,2 mL	Soledad Delgado
	22-07-14	0,2 mL.	Soledad P. Rubio