N° 011

## FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

**NOMBRE :** Conins Capulea **RUT:**

**DIRECCION** **TELEFONO:** _____

**NOMBRE MASCOTA:** Mona **N° CHIP:** _____

| FECHA CITACION | FECHA ASISTENCIA | ML. APLICADOS | FIRMA |
|---|---|---|---|
| | 06-02-15 | 0,2 mL | |
| | 20/2/15 | 0,2 ml | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |