N° 016

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : Isac quinos Sepulveda. **RUT:**

DIRECCION: **TELEFONO:** _____

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

FECHA CITACION	FECHA ASISTENCIA	ML. APLICADOS	FIRMA
	12-02-15	0,2 mL.	
	20/2/15	0,2 ml	
	12/03/15	0,2 ml	
	20/03/15	0,2 ml	