N° 35

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : Ada Rebeco **RUT:** _____

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____

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

FECHA CITACION	FECHA ASISTENCIA	ML. APLICADOS	FIRMA
	08-04-15	0,3 mL.	X
15-04-15	16/4/15	0,3 ml	
	23/4/15	0,3ml	
	30/04/15	0,3 mL	