N° 38

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : Myriam Escobar **RUT:** _____

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____

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

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