N° 39

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : Myriam Escobar **RUT:** _____

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____

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

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