

CLINICA: _____

Dr. /a. _____ N° COL. _____

PACIENTE: _____

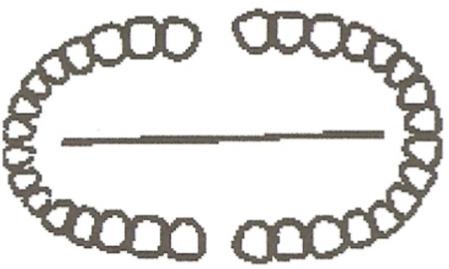
PRESCRIPCIÓN: _____

FECHA PRESCRIPCIÓN: / /

FECHA ENTREGA: / /

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DR. / A:



CLINICA: _____

Dr. /a. _____ N° COL. _____

PACIENTE: _____

PRESCRIPCIÓN: _____

FECHA PRESCRIPCIÓN: / /

FECHA ENTREGA: / /

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DR. / A:

