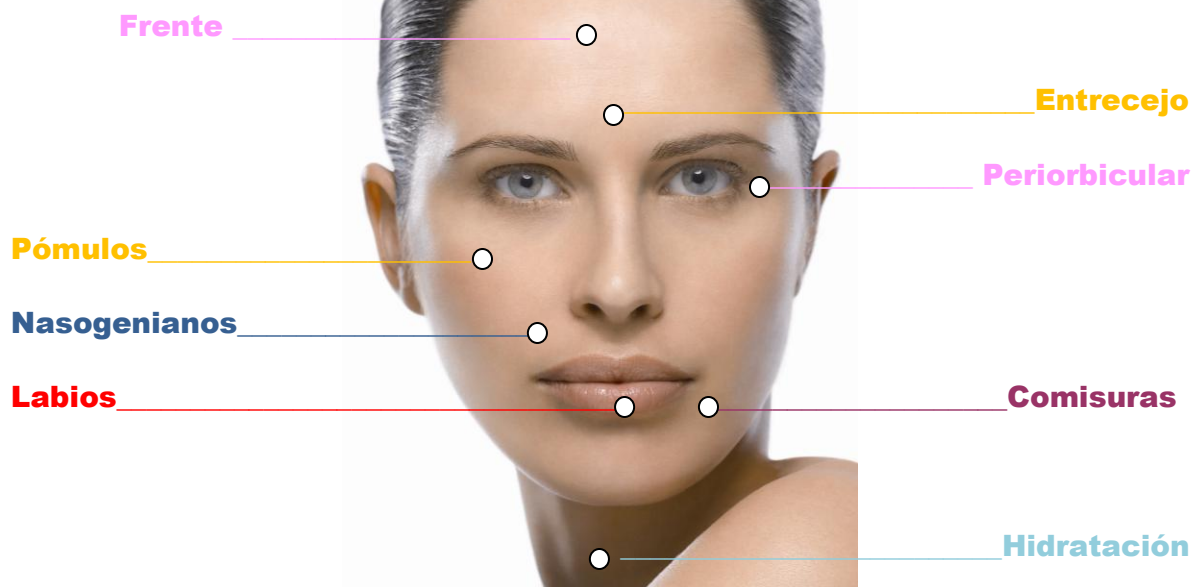


ZONAS DE APLICACIÓN

Producto aplicado_____

Etiqueta de producto_____

Fecha de aplicación_____



Fecha de próxima valoración_____

Firma del Paciente_____

Firma del Médico_____