

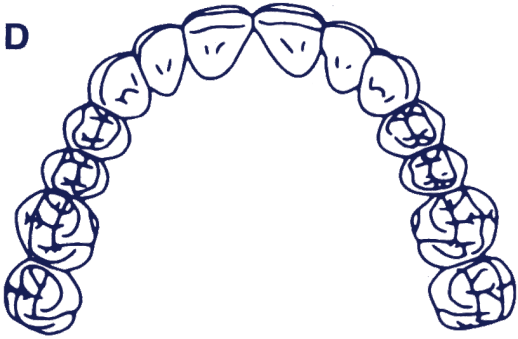
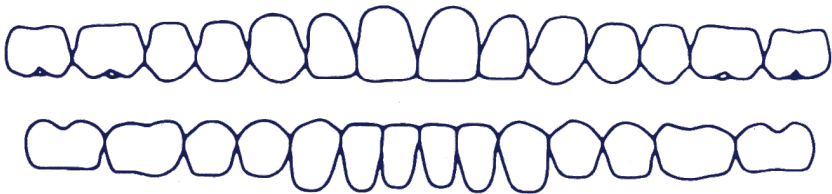
Doctor Telefono

Dirección

Nombre del paciente

Fecha de entrega

Descripción del aparato



I

