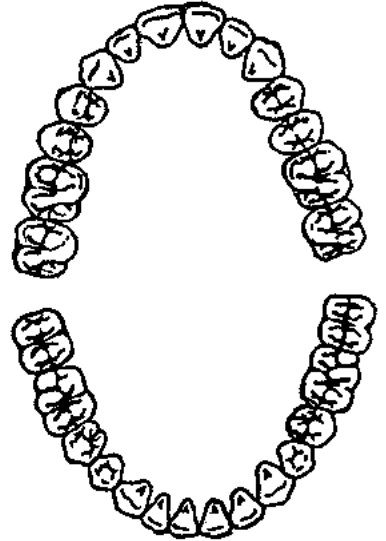


Dr. / Dra. D. /Dña. ....

Paciente .....

Descripción del trabajo .....

.....  
.....  
.....  
.....



Fecha de salida ..... / ..... / .....

Fecha de finalización ..... / ..... / .....

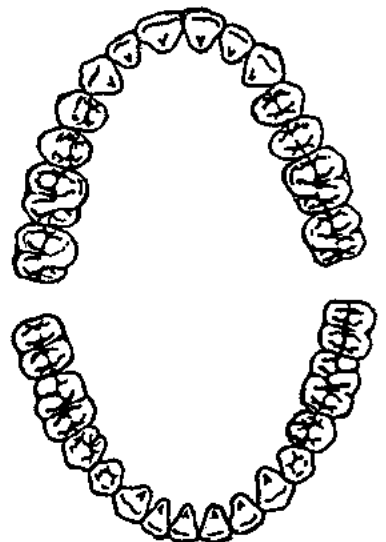
Cubetas Si ( ) No ( )

Dr. / Dra. D. /Dña. ....

Paciente .....

Descripción del trabajo .....

.....  
.....  
.....  
.....



Fecha de salida ..... / ..... / .....

Fecha de finalización ..... / ..... / .....

Cubetas Si ( ) No ( )