

ORDEN DE TRABAJO

Fecha: ____/____/____

Clínica: _____

Dr/Dra: _____

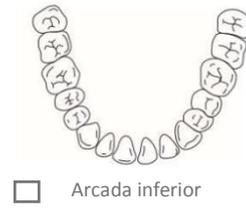
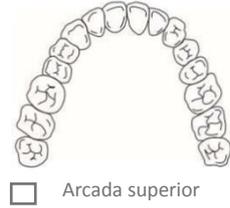
Paciente: _____

Color: _____

Prueba: ____/____/____

2ª Prueba: ____/____/____

Terminar: ____/____/____



Trabajo a realizar:

Observaciones:

ORDEN DE TRABAJO

Fecha: ____/____/____

Clínica: _____

Dr/Dra: _____

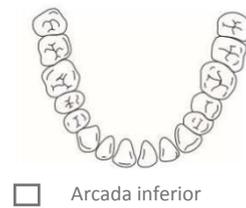
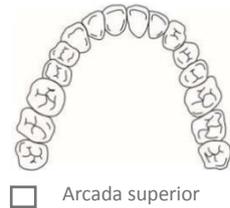
Paciente: _____

Color: _____

Prueba: ____/____/____

2ª Prueba: ____/____/____

Terminar: ____/____/____



Trabajo a realizar:

Observaciones: