

ORDEN DE TRABAJO Nº

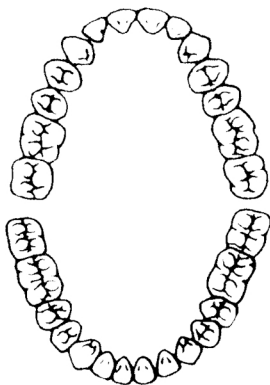
DOCTOR: _____

AUXILIAR: _____

PACIENTE: _____ EDAD: _____

COLOR: _____ GUÍA: _____

TRABAJO A REALIZAR: _____

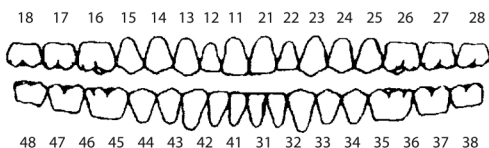


OBSERVACIONES: _____

BRILLANTE _____

NORMAL _____

MATE _____



FECHA DE ENVÍO: _____

TERMINAR DÍA: _____