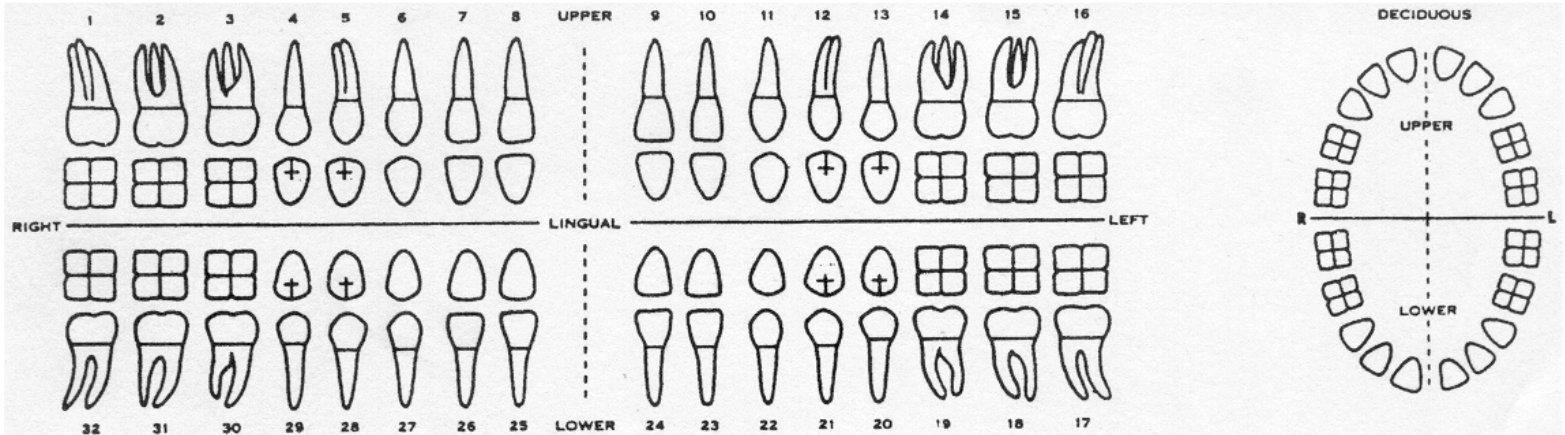


# Expediente Odontológico

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_



YC

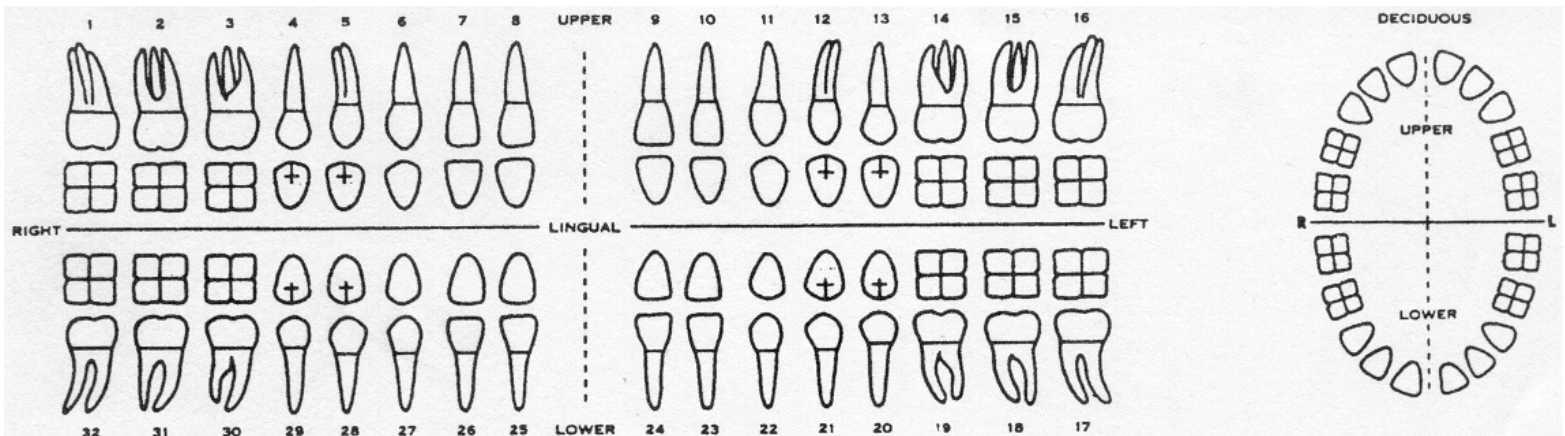
J

R

# Expediente Odontológico

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_



YC

J

R