

RETINOGRAFIA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Id. del paciente:

Nombre:

Dirección:

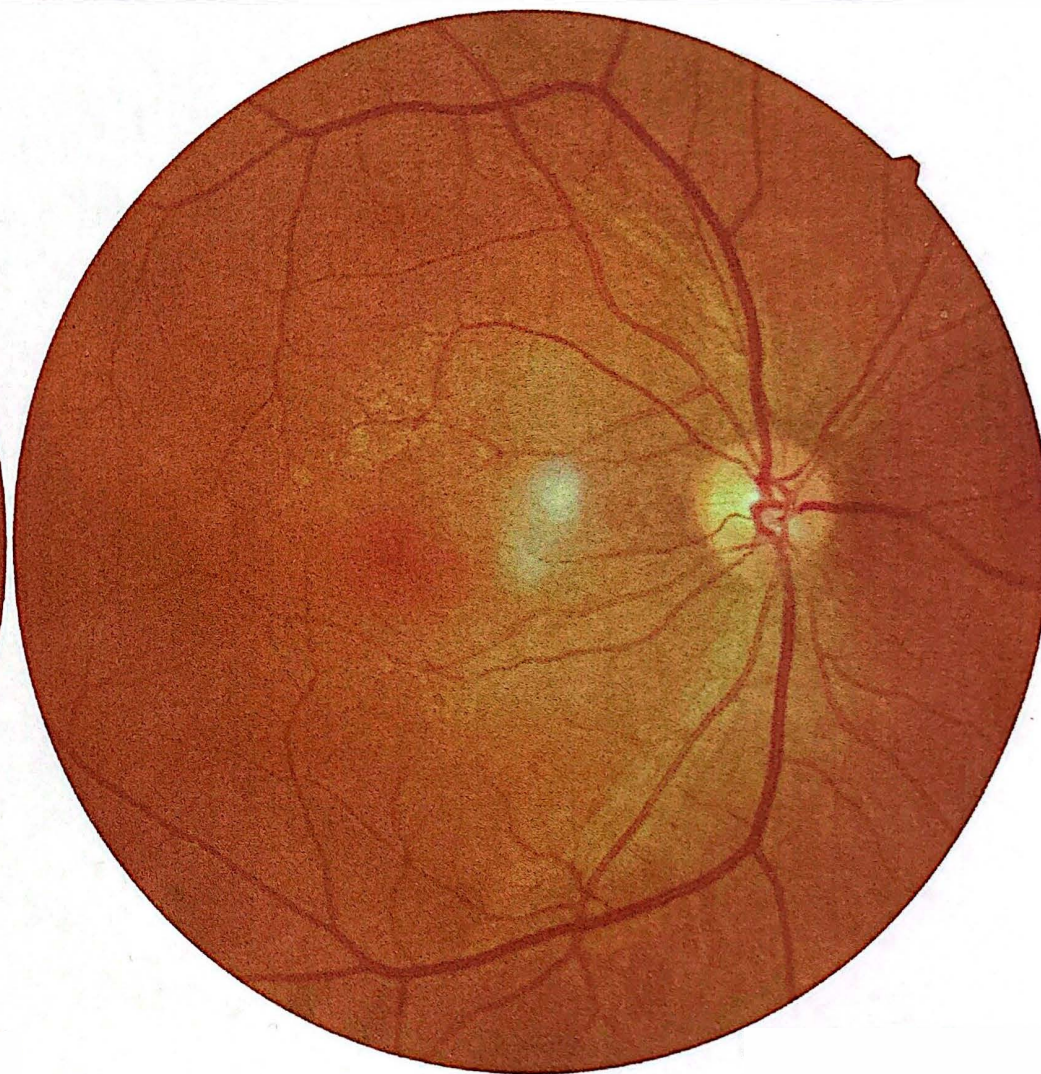
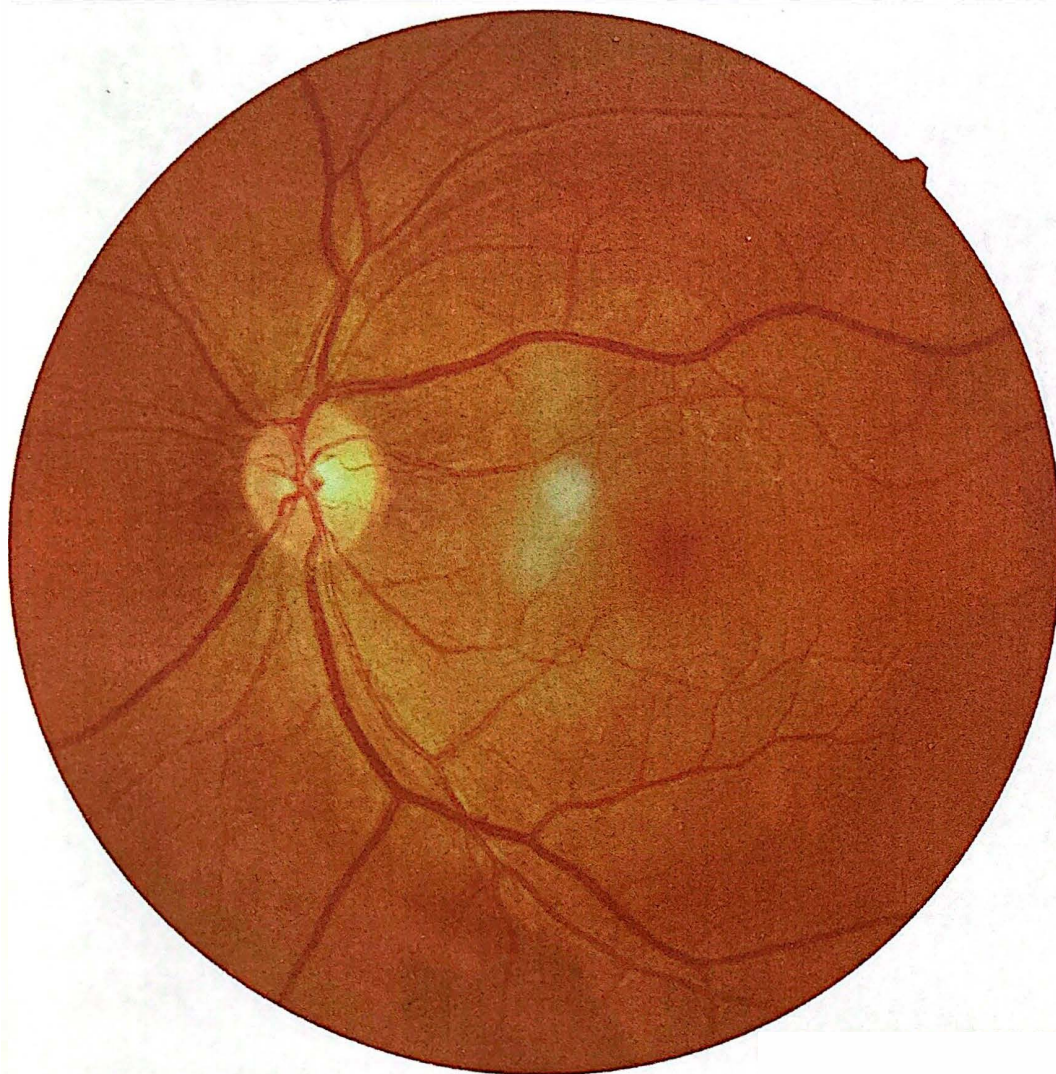
IMAGEN

Nacimiento:

Correo electrónico:

Sexo:

Teléfono:



COMENTARIO

NINGÚN COMENTARIO

NINGÚN COMENTARIO