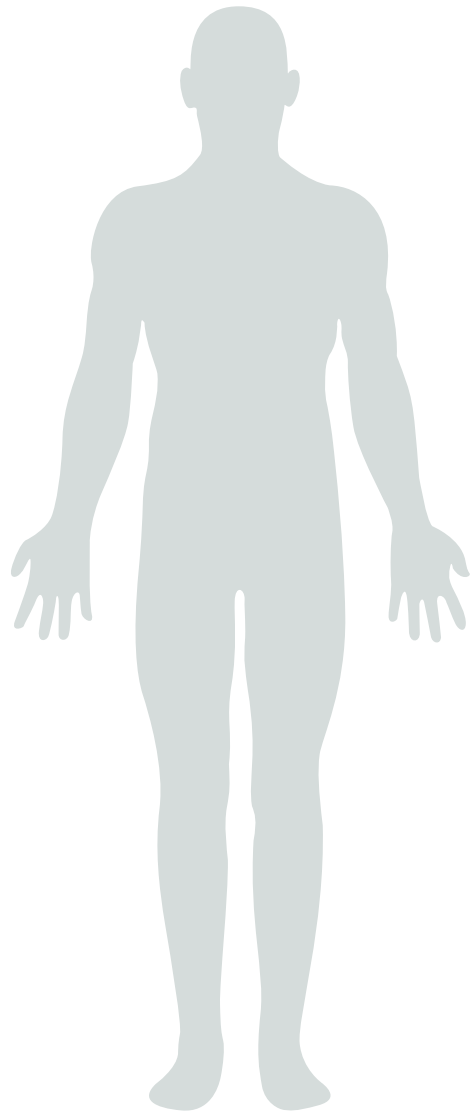
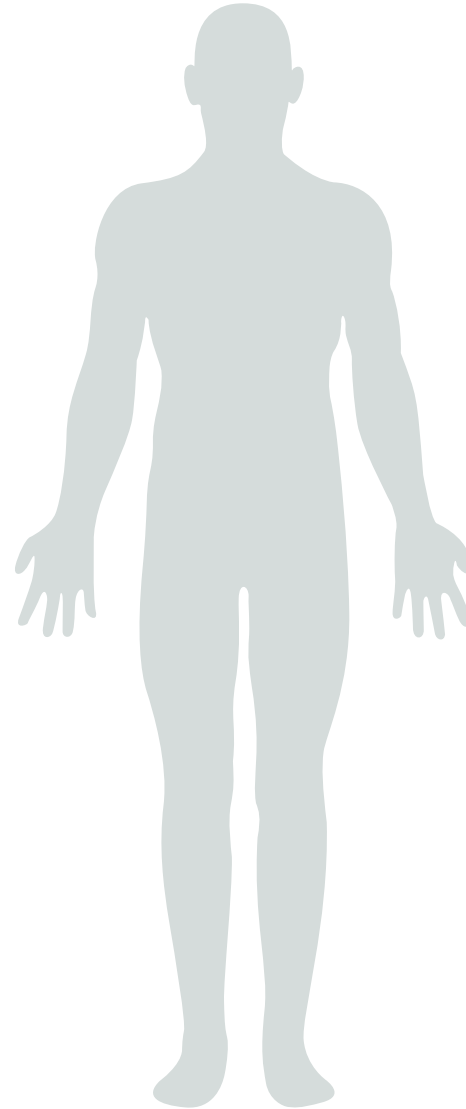


HEINE Bodymap



front



back

Fecha de la grabación: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

ID del paciente: _____

Sexo: masculino femenino

Firma: _____

Observación : _____

