



PROTOCOLO TRATAMIENTO CON LASER

Apellido y nombre: _____

Cobertura: _____ Fecha: _____

Diagnostico: _____

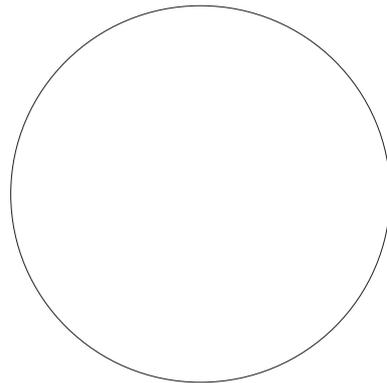
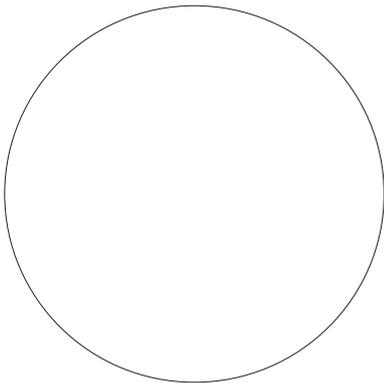
Médico: _____

Tratamiento: _____

Tipo de laser: _____

OD

OI



Localización: _____

Localización: _____

Número de disparos: _____

Número de disparos: _____

Diámetro spot: _____

Diámetro spot: _____

Potencia: _____

Potencia: _____

Observaciones: _____

Observaciones: _____

Firma y sello