

Dosificación

DATOS PERSONALES

EXPEDIENTE #

Nombre

Número de documento

Edad

Dirección


Telf.

Fecha de aplicación: DD/MM/AA

Próxima aplicación: DD/MM/AA

Fecha de control: DD/MM/AA

DIBUJAR LOS PUNTOS DE APLICACIÓN

ZONA A INYECTAR	UNIDADES		ZONA A INYECTAR	UNIDADES
M. Frontal			M. corrugado de ceja izquierda	
M. Procerus			M. orbicular de ceja izquierda	
M. corrugado de ceja derecha			M. Platisma	
M. Elevador del Labio Superior			M. orbicular del Labio	
M. Masetero			M. orbicular de ceja derecha	

DATOS VIAL

Lote:

Caducidad:

Dilución:

ml:

Su próxima cita para control es: _____ a las: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL