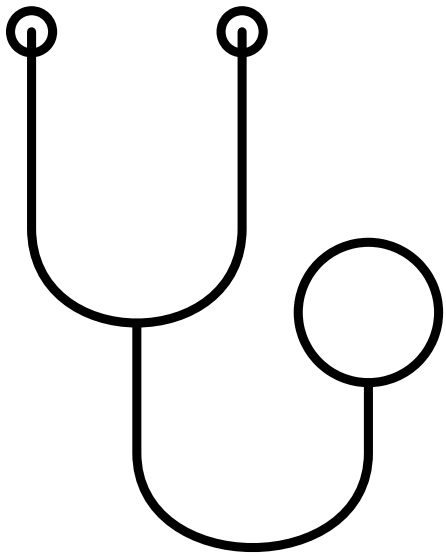


Medicina

Nombre: _____

Curso: _____

Universidad: _____

Docente: _____

Fecha: _____