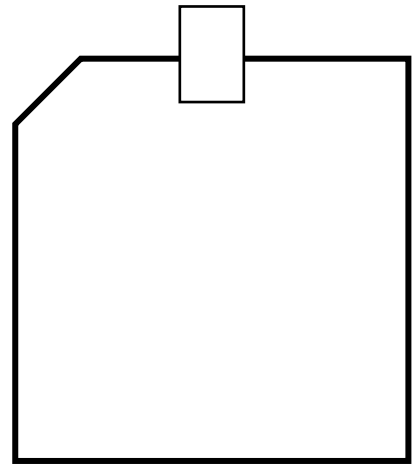


Nombre:

.....

Fecha:

.....



Revisión:



Ojos



Garganta



Dientes



Oídos



Corazón



Huesos



Movimiento



Olfato



¿Cómo se siente?

