



CLÍNICA San Rafael		NOMBRE LIBRO REGISTRO UDHO				CÓDIGO 05-FT-046
TIPO DE DOCUMENTO FORMATO		PROCESO MISIONAL				VERSIÓN 001
FECHA DE REGISTRO	NOMBRE DEL PACIENTE	Nº DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DE MUESTRA	FIRMA DE QUIEN RECIBE INSUMOS	ÁREA Y EXTENSIÓN	FIRMA DE QUIEN ENTREGA MUESTRAS