CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **REGISTRO DEVOLUCIÓN CONCENTRADO GLOBULAR**		CÓDIGO **ST-FT-038**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

FECHA	HORA	BANCO DE SANGRE	N° DE UNIDAD	N° SELLO DE CALIDAD	TEMPERATURA DEVOLUCIÓN	SERVICIO	ENFERMERA(O) RESPONSABLE	BACTERIOLOGA(O) RESPONSABLE