	NOMBRE **REGISTRO UNIDADES STOCK URGENCIAS RECHEQUEO COOMBS DIRECTO**		CÓDIGO **ST-FT-039**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

FECHA	HORA	BANCO DE SANGRE	N° DE UNIDAD	N° SELLO DE CALIDAD	RECHEQUEO	COOMBS DIRECTO	BACTERIOLOGA(O) RESPONSABLE