	NOMBRE **REGISTRO DE CONTROL GLUCOMETRO**		CÓDIGO **10-2-FT-029**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **APOYO**	VERSIÓN 001

REGISTRO DE CONTROL GLUCOMETRO

FECHA DE CONTROL	MARCA	MODELO	SERIE	UBICACIÓN	CONTROL UTILIZADO		MENSAJE EN MEDIDOR		QUIEN REALIZA
					1	2	OK	ERROR	