CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **TRASLADO SEGURO PACIENTES CIRUGÍA**		CÓDIGO **06-FT-095**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

FECHA	NOMBRE	NO. IDENTIFICACIÓN	EDAD	SERVICIO	CAMA	PA	FC	SATO2	ESCALA DE ALDRETE	FIRMA DE QUIEN ENTREGA	FIRMA DE QUIEN RECIBE