	NOMBRE **CUADRO DE INSIDENCIAS - ORIENTACIÓN**		CÓDIGO **11-FT-050**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **APOYO**	VERSIÓN 001

		Marque con una "x"						
FECHA	**HORA**	**PERMISO INGRESO ACOMPAÑANTE**	**PERMISO CAMBIOS ACOMPAÑANTES**	**PERMISO INGRESO COMIDA**	**NOMBRE DE PACIENTE**	**NOMBRE DE ACOMPAÑANTE**	**ORIENTADOR**	**COLABORADOR QUE GENERA EL PERMISO**