CLÍNICA San Rafael	NOMBRE **LIBRO REGISTRO DE MUESTRAS**		CÓDIGO **05-FT-044**
	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

N° PATOLOGÍA	FECHA DE INGRESO	FECHA DE PROCEDIMENTO	NOMBRE DEL PACIENTE	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO DE MUESTRA	NÚMERO DE MUESTRAS	EPS	FIRMA DE QUIEN ENTREGA