	NOMBRE **CONTROL DE GLUCOMETRÍA Y SIGNOS VITALES**	CÓDIGO **07-FT-002**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 001

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **EDAD:** _____

TIPO DE DOCUMENTO: **CC** ☐ **TI** ☐ **CE** ☐ **PASAPORTE** ☐ **N° DE DOCUMENTO:** _____

EPS: _____ **SERVICIO:** _____ **CAMA/CUBÍCULO:** _____

FECHA	HORA	RESULTADO GLUCOMETRÍA	INSULINA	VÍA	TA	FC	FR	T°	PSO_2	FIRMA