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

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