	NOMBRE **REGISTRO DEVOLUCIÓN DE HEMOCOMPONENTES**		CÓDIGO **ST-FT-038**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 002

FECHA	HORA	BANCO DE SANGRE	HEMOCOMPONENTE	N° DE UNIDAD	N° SELLO DE CALIDAD	TEMPERATURA DEVOLUCIÓN	SERVICIO	ENFERMERA(O) RESPONSABLE	BACTERIOLOGA(O) RESPONSABLE