



REGISTRO ENTREGA DE PRENDAS DE PROTECCIÓN – CENTRO QUIRÚRGICO

N°	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	ESPECIALIDAD	PRENDA DE PROTECCIÓN				FIRMA	RESPONSABLE DE LA ENTREGA
				MASCARILLA QUIRÚRGICA	GORRO	CUBREZAPATOS	BATA DESCARTABLE		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
TOTAL PRENDAS ENTREGADAS									