

Fecha aprobación: 04/08/2016
Versión: 001
Página: 1 de 1
Código: HGDC-DISP MED-FORM-DDP



Ministerio
de Salud Pública
Hospital General Docente de CALDERÓN

FORMULARIO DE DESCARGO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS POR PACIENTE

Unidad: _____ Fecha: _____
(día) (mes) (año)

Nombres y apellidos del paciente: _____

Diagnóstico: _____ Nro. Cama: _____

Historia Clínica / Cédula: _____ Edad: _____ Sexo: M() F()

DATOS DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS
(Nombre genérico, calibre, volumen, etc.)

CANTIDAD
(números y letras)

DATOS DE LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS (Nombre genérico, calibre, volumen, etc.)	CANTIDAD (números y letras)

Nombre y apellido del responsable

Firma y Sello