Ministerio de Salud Pública Hospital Docente de CALDERÓN	SOLICITUD DE PRODUCTOS ESTERILIZADOS REGISTRO	FECHA DE APROBACIÓN: 09/03/2017 VERSIÓN: 001 PÁGINA 1 de 1 CÓDIGO: HGDC-LDE-FORM-SPE

PROCESO SOLICITANTE:		
NOMBRE DEL PACIENTE:		
DIAGNÓSTICO:	**PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:**	
SALA:	**FECHA:**	
CIRUJANO:	**ANESTESIÓLOGO:**	
INSTRUMENTISTA:	**CIRCULANTE:**	
DESPACHADO POR:	**TURNO:**	**TRANSPORTADO POR:**

LISTA DE INSTRUMENTAL, LENCERÍA, MATERIAL Y OTROS			
CANTIDAD	**DESCRIPCIÓN**	**CANTIDAD**	**DESCRIPCIÓN**

OBSERVACIONES:

ENTREGUÉ CONFORME:	RECIBÍ CONFORME
Nombre:	Nombre: