



Nombre Completo:

Fecha de Nacimiento:

TIPO DE INFORMACIÓN

Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____

INDICACIÓN MÉDICA RESULTADO DE LABORATORIO RESULTADO TRANSOPERATORIO CAMBIO DE DIETA

1.- Escucho la Indicación

2.- Redacción de la Indicación

Indicación o Resultado del Estudio: _____

3.- Lectura de la Indicación

4.- Confirmación de la Indicación

Emisor

Receptor

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre Completo:

Fecha de Nacimiento:

TIPO DE INFORMACIÓN

Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____

INDICACIÓN MÉDICA RESULTADO DE LABORATORIO RESULTADO TRANSOPERATORIO CAMBIO DE DIETA

1.- Escucho la Indicación

2.- Redacción de la Indicación

Indicación o Resultado del Estudio: _____

3.- Lectura de la Indicación

4.- Confirmación de la Indicación

Emisor

Receptor

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre Completo:

Fecha de Nacimiento:

TIPO DE INFORMACIÓN

Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____

INDICACIÓN MÉDICA RESULTADO DE LABORATORIO RESULTADO TRANSOPERATORIO CAMBIO DE DIETA

1.- Escucho la Indicación

2.- Redacción de la Indicación

Indicación o Resultado del Estudio: _____

3.- Lectura de la Indicación

4.- Confirmación de la Indicación

Emisor

Receptor

Nombre y Firma

Nombre y Firma