FORMULARIO

INSUMOS DE PACIENTE HOSPITALIZADO

Nombre del paciente: _____ **RUN**: _____

SERVICIO/cama: _____ **Edad**: _____

Fecha y hora de Ingreso al Servicio:	Fecha y hora de Egreso del Servicio:

INSUMO	Recepción:			Devolución:		
	Fecha	Hora	Cantidad	Fecha	Hora	Cantidad

Familiar y/o Persona que entrega: **Funcionario que recepciona conforme:**	**Funcionario que entrega:** **Familiar y/o Persona que recibe conforme:**

No se recibirá dinero o especies de valor para su resguardo en el servicio.