REGISTRO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

NO.	NOMBRE	NO. HABITACIÓN	FECHA	H. DE ENTRADA	H. DE SALIDA	RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES	NOMBRE / FIRMA
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	
						SI NO	