

CONTROL DE INGRESO O EGRESO

INGRESO	
FECHA: _____ HORA: _____	
I.- DATOS DEL PROVEEDOR:	
Compañía: _____	
Nombre de responsable: _____	Firma: _____ Teléfono: _____
Nombres del acompañante: _____	Firma: _____ Teléfono: _____
Nombre del acompañante: _____	Firma: _____ Telefono: _____
II.- DEPARTAMENTO AL QUE INGRESA	
Departamento: _____	
III.- MOTIVO POR EL QUE INGRESA :	EN CASO DE CIRUGÍA:
_____ _____ _____ _____ _____	Nombre del cirujano: _____ Hora de la cirugía: _____ Nombre del evento quirúrgico: _____
IV.- DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL O EQUIPO:	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
VI.- OBSERVACIONES GENERALES	
EN CASO DE CONTAR CON REMISION DE MATERIAL O EQUIPO FAVOR DE ANEXAR.	
_____ Nombre y firma Seguridad	_____ Nombre y Firma Responsable de área



CONTROL DE INGRESO O EGRESO

CONTROL DE INGRESO O EGRESO

EGRESO

FECHA: _____ HORA: _____

I.-DATOS DEL PROVEEDOR:

Compañía: _____
 Nombre de responsable: _____ Firma: _____ Teléfono: _____
 Nombres del acompañante: _____ Firma: _____ Teléfono: _____
 Nombre del acompañante: _____ Firma: _____ Telefono: _____

II.- DEPARTAMENTO AL QUE INGRESA

Departamento: _____

III.- MOTIVO POR EL QUE INGRESA :

EN CASO DE CIRUGÍA:

Nombre del cirujano: _____
 Hora de la cirugía: _____
 Nombre del evento quirúrgico: _____

IV.- DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL O EQUIPO:

VI.- OBSERVACIONES GENERALES

EN CASO DE CONTAR CON REMISION DE MATERIAL O EQUIPO FAVOR DE ANEXAR.

**Nombre y firma
 Seguridad**

**Nombre y Firma
 Responsable de área**