



**CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA**  
**SERVICIOS MEDICOS**  
**REGISTRO IMPRESO DE ENTREGA DE GUARDIA MEDICA (ACC.2)**

Turno: Matutino/ Vespertino/ Nocturno A/ Nocturno B/ Especial

Fecha y Hora: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_:\_\_\_

Nombre del Paciente	EXP.	Cama	Fecha de nacimiento	Edad	Días de estancia	Diagnósticos Principales	Estado Clínico	Pendientes	Estado de información a familiar	Destino	Indicaciones
		1									
		2									
		3									
		4									
		5									
		6									

**Médico Responsable de turno, cedula y firma**

---