



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio:.....Fecha:...../...../.....
Habitación:.....Cama:.....
Nombre y Apellido:.....
Solución:.....
Agregados:.....
Comienza Hora:.....Termina Hora:.....
Frasco Nº.....Goteo:.....

.....
Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio:.....Fecha:...../...../.....
Habitación:.....Cama:.....
Nombre y Apellido:.....
Solución:.....
Agregados:.....
Comienza Hora:.....Termina Hora:.....
Frasco Nº.....Goteo:.....

.....
Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio:.....Fecha:...../...../.....
Habitación:.....Cama:.....
Nombre y Apellido:.....
Solución:.....
Agregados:.....
Comienza Hora:.....Termina Hora:.....
Frasco Nº.....Goteo:.....

.....
Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio:.....Fecha:...../...../.....
Habitación:.....Cama:.....
Nombre y Apellido:.....
Solución:.....
Agregados:.....
Comienza Hora:.....Termina Hora:.....
Frasco Nº.....Goteo:.....

.....
Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio:.....Fecha:...../...../.....
Habitación:.....Cama:.....
Nombre y Apellido:.....
Solución:.....
Agregados:.....
Comienza Hora:.....Termina Hora:.....
Frasco Nº.....Goteo:.....

.....
Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio:.....Fecha:...../...../.....
Habitación:.....Cama:.....
Nombre y Apellido:.....
Solución:.....
Agregados:.....
Comienza Hora:.....Termina Hora:.....
Frasco Nº.....Goteo:.....

.....
Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio:.....Fecha:...../...../.....
Habitación:.....Cama:.....
Nombre y Apellido:.....
Solución:.....
Agregados:.....
Comienza Hora:.....Termina Hora:.....
Frasco Nº.....Goteo:.....

.....
Firma



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

Servicio:.....Fecha:...../...../.....
Habitación:.....Cama:.....
Nombre y Apellido:.....
Solución:.....
Agregados:.....
Comienza Hora:.....Termina Hora:.....
Frasco Nº.....Goteo:.....

.....
Firma