H.R.R.G.

HOSPITAL REGIONAL RÍO GALLEGOS

FORMULARIO Nº 000

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

SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

FECHA

Gasometría - EAB

Nombre y Apellido:.....

H.C. Nº.....Hab:.....Cama:.....