

Formulario de coordinación de ingresos a sala



**DIVISIÓN COMERCIAL
DEPARTAMENTO VENTA DE SERVICIOS**

FORMULARIO DE COORDINACIÓN DE INGRESOS

| Nombre | Documento | Internación | | Prestación | Intervención | | Médico Responsable | Cama | Observaciones |
|--------|-----------|-------------|------|------------|--------------|------|-----------------------|--------|---------------|
| | | Día | Hora | | Día | Hora | | | |
| | | | | | | | | CTI/CI | |
| | | | | | | | | | |

Fecha: __/__/____

El Sub Jefe de Venta de Servicios

.....