

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
.....