

Hospital Escuela

Tarjetas de Visita
Hospital Escuela
BMQ

Nombre del Paciente: _____

Nombre e Identidad del Visitante: _____

Sala: _____

Piso: _____

Fecha de Ingreso: _____

Valida Hasta: _____

Hora de Visita: 3 A 5 P.M.

Nombre y firma Empleado Admisión o Información: _____


Firma Jefe de Admisión

Sello del Departamento de Registros Médicos

