SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO
UNIDAD DE FARMACIA

COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO

FORMULARIO DE BAJA Y DESTRUCCION DE MEDICAMENTOS

CANTIDAD	FF	MEDICAMENTO	MOTIVO DE LA BAJA	
			VENCIDO (indicar fecha)	MERMADO (especificar)

UNIDAD DE PROCEDENCIA

FARMACIA QUE RECIBE

ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE DE QUIEN RECIBE

FIRMA FECHA

FIRMA FECHA