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

COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO

FORMULARIO DE DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE PACIENTE	CANTIDAD DEVUELTA	MEDICAMENTO DEVUELTO	FECHA DE VENC.	MOTIVO			
				NO ADMINIS.	SUSPENCION	CAMBIO DOSIS	FALLECIDO

ENFERMERA/O RESPONSABLE

NOMBRE DE QUIEN RECIBE

FIRMA FECHA

FIRMA FECHA