	ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD	VERSION 1	CODIGO: FR-ARCHI- 02	
	RELACION PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	01/01/2014	DOCUMENTO CONTROLADO	

CONTROL Nº_____ FIRMA JEFE:_____ SELLO JEFE_____

Nº HISTORIA CLINICA	NOMBRE DEL PACIENTE	FUNCIONARIO QUE FACILITO EL DOCUMENTO	INFORMACION DE RETIRO DE LA HISTORIA CLINICA					DOCUMENTO DEVUELTO		
			NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RETIRA	DEPENDENCIA O SERVICIO	FECHA DE RETIRO	FIRMA DE QUIEN RETIRA	FOLIOS ENTREGADOS	FECHA DE DEVOLUCION	FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE	FOLIOS DEVUELTOS