



Agenda Diaria del Médico

UNIDAD MÉDICA:

FECHA:

EXPEDIENTE:

HORA	NOMBRE DE LA O EL PACIENTE	NÚMERO DE CONTROL	F E	LAB.	R X	PAT.
8:40						
9:00						
9:20						
9:40						
10:00						
10:20						
10:40						
11:00						
11:20						
11:40						
12:00						
12:20						
12:40						
13:00						
13:20						
13:40						
14:00						

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO RESPONSABLE



Agenda Diaria del Médico

UNIDAD MÉDICA

FECHA

EXPEDIENTE

HORA	NOMBRE DE LA O EL PACIENTE	NÚMERO DE CONTROL	F E	LAB.	R X	PAT.
8:40						
9:00						
9:20						
9:40						
10:00						
10:20						
10:40						
11:00						
11:20						
11:40						
12:00						
12:20						
12:40						
13:00						
13:20						
13:40						
14:00						

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO RESPONSABLE



Agenda Diaria del Médico

UNIDAD MÉDICA

FECHA

EXPEDIENTE

HORA	NOMBRE DE LA O EL PACIENTE	NÚMERO DE CONTROL	F E	LAB.	R X	PAT.
15:00						
15:20						
15:40						
16:00						
16:20						
16:40						
17:00						
17:20						
17:40						
18:00						
18:20						
18:40						
19:00						
19:20						
19:40						
20:00						

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO



Agenda Diaria del Médico

UNIDAD MÉDICA

FECHA

EXPEDIENTE

HORA	NOMBRE DE LA O EL PACIENTE	NÚMERO DE CONTROL	F E	LAB.	R X	PAT.
15:00						
15:20						
15:40						
16:00						
16:20						
16:40						
17:00						
17:20						
17:40						
18:00						
18:20						
18:40						
19:00						
19:20						
19:40						
20:00						

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO RESPONSABLE