

	FORMATO NOTIFICACIÓN TRABAJO NO CONFORME		Identificación:
			FOR-DIR-10
			Versión: 1
			Fecha creación:
		09/Octubre/2017	
		Fecha actualización:	
		14/Enero/2019	

		No. DE CORRECCION/RETRASO		FECHA	
FOLIO DE INGRESO			NOMBRE DEL PACIENTE		
FECHA DEL EXAMEN	FECHA DE AVISO		NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE NOTIFICO		
TIPO DE EXAMEN	INTERNO	SUBROGADO		FORMA DE NOTIFICACION	
DESCRIPCION					
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE			NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LABORATORIO		

		No. DE CORRECCION/RETRASO		FECHA	
FOLIO DE INGRESO			NOMBRE DEL PACIENTE		
FECHA DEL EXAMEN	FECHA DE AVISO		NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE NOTIFICO		
TIPO DE EXAMEN	INTERNO	SUBROGADO		FORMA DE NOTIFICACION	
DESCRIPCION					
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE			NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LABORATORIO		

		No. DE CORRECCION/RETRASO		FECHA	
FOLIO DE INGRESO			NOMBRE DEL PACIENTE		
FECHA DEL EXAMEN	FECHA DE AVISO		NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE NOTIFICO		
TIPO DE EXAMEN	INTERNO	SUBROGADO		FORMA DE NOTIFICACION	
DESCRIPCION					
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE			NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LABORATORIO		