



# FORMATO

## AVISO DE TRABAJO NO CONFORME

Identificación: <b>FOR-DIR-10</b>
Versión: <b>1</b>
Fecha creación: <b>09/Octubre/2017</b>
Fecha actualización: <b>14/Enero/2019</b>

	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		