INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	ATENCION EN SALUD	Código: F-AS-UE01-02
	DISPONIBILIDAD DE UCI	Versión: 01

INSTITUCION:				
FECHA:			**HORA:**	
No CAMAS		**UCI ADULTO**	**UCI PEDIATRICA**	**UCI NEONATAL**
Med. Intensivista:				
Med. General:				
Enfermera:				
Líneas Telefónicas:	**Fijo:**	**Fax:**	**Cel:**	

No Cama	Nombre	Identificación	Seguridad Social	Diagnostico principal	Fecha Ingreso

COPIA CONTROLADA