	ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD **FORMATO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO**	FECHA DE PUBLICACION	HOJA Nº

FECHA_____ RESPONSABLE_____

CAMA/EPS	NOMBRE DEL PACIENTE	ESPECIALIDAD	DIAGNOSTICO	EDAD	ASPECTO DEL PTE (LEV, SONDAS, HX, NUTRICION, MEDICAMENTOS, MEZCLAS Y PROC. ESPECIALES)	PENDIENTES, RESULTADOS LAB, MEDIOS DIAGNOSTICO.	DIETA