**REGISTRO DE ASISTENCIA ENTRADA Y SALIDA DE MÉDICOS RESIDENTES ROTANTES**

**Nombre del Médico Residente** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Hospital Sede:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto. **Mes:** Elija un elemento. **Año:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

**Servicio de Rotación:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto. **Periodo:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto.



Comentarios: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

 **Vo. Bo.**

 Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

 Firma del Médico Residente Rotante Profesor Titular del Servicio de Rotación

 (Nombre completo y Firma)

 **Vo.Bo. Vo. Bo.**

Dra. Vianey Escobar Rojas

 Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

 Profesor Adjunto del servicio de rotación Coordinadora de Enseñanza e Investigación

 (Nombre completo y Firma)