**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)