

U.F:	SERVICIO SOLICITANTE	FECHA
------	----------------------	-------

CÓDIGO	NOMBRE ACTUAL DE LA PRÁCTICA
--------	------------------------------

MEJORA DEL NOMBRE DE LA PRÁCTICA

Breve justificación del cambio

¿SABE SI LA PRÁCTICA SE REALIZA EN OTRO SERVICIO? NO SI - ¿Cuál?

.....
 Firma y sello
 Jefe de Servicio

.....
 Firma y sello
 Dirección dependiente

.....
 Firma y sello
 Dirección Asociada de Atención al Paciente

Para completar por Departamento Estadística		
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>	FECHA MODIF. en SIG / / Firma y sello Departamento Estadística