

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

1 NOMBRE DE LA PRÁCTICA	CÓDIGO
--------------------------------	--------

Breve justificación de la baja:

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

2 NOMBRE DE LA PRÁCTICA	CÓDIGO
--------------------------------	--------

Breve justificación de la baja:

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

3 NOMBRE DE LA PRÁCTICA	CÓDIGO
--------------------------------	--------

Breve justificación de la baja:

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

4 NOMBRE DE LA PRÁCTICA	CÓDIGO
--------------------------------	--------

Breve justificación de la baja:

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

5 NOMBRE DE LA PRÁCTICA	CÓDIGO
--------------------------------	--------

Breve justificación de la baja:

¿SABE SI LA PRÁCTICA SE CONTINÚA REALIZANDO 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/> <hr/> <hr/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">FECHA BAJA en SIG</div> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">/ /</p>	<p>.....</p> <p>Firma y sello Departamento Estadística</p>