



Anexo **FAJAS DE ESTERILIZACIÓN**

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

Fecha
____ / ____ / ____

La información antes descripta tiene carácter de declaración jurada.

Fecha ____ / ____ / ____

Firma paciente o responsable

Firma estudiante

Firma y sello del docente