****

**VALE POR EXPEDIENTES CLÍNICOS Y/O RADIOLÓGICOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de préstamo:\_\_\_\_\_\_\_** | **Fecha de devolución (máximo 5 días hábiles):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Folio:** | |
| **Estado en el que sale** | **Estado en el que regresa** |
| **No. de Registro** | **Nombre del paciente** |  |  |
| **1.-** |  |  |  |
| **2.-** |  |  |  |
| **3.-** |  |  |  |
| **4.-** |  |  |  |
| **5.-** |  |  |  |
| **Cantidad de Placas entregadas Exp. prestado clínico( ) radiológico( )**  **Solicita:**  **Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Extensión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ubicación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Credencial del INRLGII\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **Entrega:**  **Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Turno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Original: Archivo  **Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para la integración de documentos en el expediente clínico como lo establece el art. 25 de la **Ley** General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. | | | |

**F01-MOP-SDP-07 Rev. 04 JUN 23**

****

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y SERVICIOS PARAMÉDICOS**

**VALE POR EXPEDIENTES CLÍNICOS Y/O RADIOLÓGICOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de préstamo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Fecha de devolución (máximo 5 días hábiles):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Folio:** | |
| **Estado en el que sale** | **Estado en el que regresa** |
| **No. de Registro** | **Nombre del paciente** |  |  |
| **1.-** |  |  |  |
| **2.-** |  |  |  |
| **3.-** |  |  |  |
| **4.-** |  |  |  |
| **5.-** |  |  |  |
| **Cantidad de Placas entregadas Exp. prestado clínico( ) radiológico( )**  **Solicita:**  **Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Servicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Extensión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ubicación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Credencial del INRLGII\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **Entrega:**  **Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Turno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Copia: Solicitante  **Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para la integración de documentos en el expediente clínico como lo establece el art. 25 de la **Ley** General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. | | | |

**F01-MOP-SDP-07 Rev. 04 JUN 23**