



DOCUMENTOS DE GESTIÓN DE CALIDAD

FORMULARIO DE ACOMPAÑANTE DEL  
PACIENTE

Número de documento: HD-FR-757  
Fecha de publicación: 16.12.2023  
Número de revisión: 00  
Fecha de revisión:  
Número de página: 1/1

...../...../.....

Acompañado de ..... por el paciente de nombre .....  
....., quien se encontraba hospitalizado /  
examinado con diagnóstico de ....., En nuestro hospital .....  
policlínico/servicio ..... Protocolo número y .....

Fecha de inicio del acompañamiento: ...../...../ 20....

Fecha de finalización del acompañamiento: ...../...../ 20....

Médico Nombre Apellido