

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código XX.XX
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: Mes/Año

CERTIFICADO

CARACTERÍSTICA: (Escribir código y nombre de la característica según Pauta de Cotejo)

Se deja constancia que desde la fecha de medición hasta el término del Mes XXX del año XXXX no hubo pacientes XXXX en la Unidad XXXXXX

Firma y Timbre Jefe/a del Servicio

Firma y Timbre
Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente