

REGISTRO DEL ÁREA DE TRATAMIENTO DE VÍCTIMAS		CERT	FECHA		
UBICACIÓN DEL ÁREA DE TRATAMIENTO					
HORA DE INGRESO	NOMBRE O DESCRIPCIÓN	ETIQUETA DE PRIORIZACIÓN (ponga un círculo)	CONDICIÓN/TRATAMIENTO (actualice las veces necesarias)	TRASLADADA A	HORA DE EGRESO
		INMEDIATA POSPUESTA MENOR			
		INMEDIATA POSPUESTA MENOR			
		INMEDIATA POSPUESTA MENOR			
ESCRIBANO(S)			PÁGINA ___ DE ___		