



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CAMPECHE**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**LICENCIATURA EN ENFERMERIA**  
**LABORATORIO DE SIMULACION CLINICA**



**LISTA DE ASISTENCIA**

Practica Programada: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_ Sem/Gpo: \_\_\_\_\_ No. De asistentes: \_\_\_\_\_

Responsable de la practica: \_\_\_\_\_ Procedimiento (s) a realizar: \_\_\_\_\_

No.	Nombre Completo	Matricula	Firma	No.	Nombre Completo	Matricula	Firma
1				21			
2				22			
3				23			
4				24			
5				25			
6				26			
7				27			
8				28			
9				29			
10				30			
11				31			
12				32			
13				33			
14				34			
15				35			
16				36			
17				37			
18				38			
19				39			
20				40			

E.E. JORGE RAUL BAUTISTA ROSADO

\_\_\_\_\_  
Responsable de laboratorio

Elaborado por: Pssle: Deysi Us Tun/Sol Castilla Rivero