

**ANEXO 1:  
PLANILLA DE CONTROL CRONOLÓGICO DE  
REVISIÓN DE BOTIQUINES EN LAS UNIDADES  
ASISTENCIALES**

|                            |
|----------------------------|
| <b>Unidad Asistencial:</b> |
| <b>Año:</b>                |

|                   | <b>Fecha de revisión</b> | <b>Revisado por</b> | <b>Incidencias (SÍ/NO)</b> |
|-------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------|
| <b>ENERO</b>      |                          |                     |                            |
| <b>FEBRERO</b>    |                          |                     |                            |
| <b>MARZO</b>      |                          |                     |                            |
| <b>ABRIL</b>      |                          |                     |                            |
| <b>MAYO</b>       |                          |                     |                            |
| <b>JUNIO</b>      |                          |                     |                            |
| <b>JULIO</b>      |                          |                     |                            |
| <b>AGOSTO</b>     |                          |                     |                            |
| <b>SEPTIEMBRE</b> |                          |                     |                            |
| <b>OCTUBRE</b>    |                          |                     |                            |
| <b>NOVIEMBRE</b>  |                          |                     |                            |
| <b>DICIEMBRE</b>  |                          |                     |                            |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Firma Supervisor/a:</b> |  |
|----------------------------|--|