

DRA. LYDIA ESTELA ZERÓN GUTIÉRREZ  
Enc. del Despacho de la Dirección de Educación en Salud

Solicitud de liberación de la rotación programada en el servicio de: \_\_\_\_\_

Realizada ren el periodo del    al    a: Dra./Dr. \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año

médico residente del Hospital: \_\_\_\_\_

Se autoriza liberación de su rotación, a partir del:     
Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
Autoriza nombre y firma