

Programa de Soporte Vital Básico en Obstetricia (BLSO)
LISTA DE INSTRUCTORES

INFORMACIÓN DEL CURSO:

- ☐ Curso Nuevo
☐ Curso de Actualización
☐ Proveedor BLSO
☐ Instructor BLSO

Coordinador del Curso: _____
Director Médico: _____
Centro de Entrenamiento: _____
Sitio de Capacitación: _____
Nombre de la Sede: _____

Fecha de inicio del curso: _____ Hora de inicio: _____ Número de alumnos entrenados: _____
Fecha de finalización: _____ Hora de finalización: _____ Horas de instrucción: _____ Tarjetas emitidas: _____

Lista de Instructores Participantes

Nombre	Vencimiento de la Tarjeta	Nombre	Vencimiento de la Tarjeta
1.		7.	
2.		8.	
3.		9.	
4.		10.	
5.		11.	
6.		12.	

Firma del Director Médico

Fecha

Folio: