

ANEXO N° 10
FORMATO PARA REGISTRO DIARIO DE RESULTADOS
INVESTIGACIÓN DE COLIFORMES TOTALES

Fecha	Muestras analizadas	PRESENCIA		AUSENCIA		RESPONSABLE
		N	%	N	%	
Total						

Fuente: Guía de Procedimientos de Banco de Leche Humana del Instituto Nacional Materno Perinatal.

(*) C: CONFORME NC: NO CONFORME



G. Rosell



 Firma del o la Jefe del Banco de Leche Humana