



## Formulario de Reserva de Uso del Laboratorio de Simulación Quirúrgica

### 1. Información del Solicitante:

Nombre Completo:  
Unidad académica/Piso:  
Correo Electrónico:  
Teléfono de Contacto:

### 2. Detalles de la Reserva:

Fecha de Reserva:  
Hora de Inicio:  
Hora de Finalización:  
Duración Total:

### 3. Propósito de la Reserva:

#### Tipo de Actividad:

- 1- Práctica de Estudiantes
- 2- Investigación
- 3- Capacitación posgrado
- 4- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

### 4. Equipamiento y Recursos Necesarios:

#### Simuladores Quirúrgicos:

- Simulador de Laparoscopia
- Simulador de Ecografía
- Simulador de Endoscopia
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

#### Materiales Adicionales:

- Instrumental Quirúrgico
- Modelos Anatómicos
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

### 5. Personal de Apoyo Requerido:

#### Docente/Técnico de Simulación:

- Sí
- No

#### Facilitador:

- Sí
- No

6. Aprobación y Confirmación:  Sí  No

**Firma del Solicitante:**

**Fecha:**

**Firma del Responsable del Laboratorio:**

**Fecha:**