ESTABLECIMIENTO		NOMBRE			APELLIDO				SEXO (M-F)				N° HOJA				HISTORIA CLÍNICA		
550114																			
FECHA DÍA DE INTERNAC	NÒN																		
DÍA POSTQUIRÚRGICO																			
DIA 1 OUTQUINOIX	Oloo																		
1 SIGNOS VITAL	ES												TRAZ	AR DE R	OJO EL I	PULSO Y A	AZUL LA 1	TEMPER	ATURA
PULSO TEMP					514		514		514		514		514		514		514		D1.4
140		AN	1 PN	1 AM	РМ	AM	PM	AM	РМ	AM	РМ	AM	РМ	AM	РМ	AM	РМ	AM	РМ
130																			
120 42																			
110 41																			
100 40																			
90 39																			
80 38																			
70 37																			
60 36																			
50 35																			
40																			
F. RESPIRATORIA	Xmin																		
PRESIÓN SISTÓLICA																			
PRESIÓN DIASTÓI	LICA																		
2 BALANCE HÍDRICO																			
INGRESOS CC	PAREN VÍA OR	RAL																	
ELIMINACIONE	TOTAL ORINA																		
S CC	DRENA																		
	OTROS TOTAL																		
	TOTAL																		
3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES																			
ASEO/BAÑO																			
PESO Kg																			
DIETA ADMINISTRADA																			
NÚMERO DE CO																			
NÚMERO DE DES																			
NÚMERO DE DEPOSICIONES  ACTIVIDAD FÍSICA																			
CAMBIO DE S																			
RECANALIZAC																			
	RESPONSABLE																		