

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	N° HOJA	HISTORIA CLÍNICA

FECHA DÍA DE INTERNACIÓN DÍA POSTQUIRÚRGICO	
---	--

1 SIGNOS VITALES

TRAZAR DE ROJO EL PULSO Y AZUL LA TEMPERATURA

PULSO	TEMP	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
140																					
130																					
120	42																				
110	41																				
100	40																				
90	39																				
80	38																				
70	37																				
60	36																				
50	35																				
40																					

F. RESPIRATORIA Xmin	
PRESIÓN SISTÓLICA	
PRESIÓN DIASTÓLICA	

2 BALANCE HÍDRICO

INGRESOS	PARENTAL
CC	VÍA ORAL
	TOTAL
ELIMINACIONES CC	ORINA
	DRENAJE
	OTROS
	TOTAL

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO/BAÑO
PESO Kg
DIETA ADMINISTRADA
NÚMERO DE COMIDAS
NÚMERO DE MICCIONES
NÚMERO DE DEPOSICIONES
ACTIVIDAD FÍSICA
CAMBIO DE Sonda
RECANALIZACIÓN VÍA
RESPONSABLE