

| ESTABLECIMIENTO | NOMBRE | APELLIDO | SEXO (M-F) | N° HOJA | HISTORIA CLÍNICA |
|-----------------------|--------|----------|------------|---------|------------------|
| TyD Salud y Bienestar | | | | | |

| | |
|--------------------|--|
| 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 |
|-------|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 CC | PARENTAL | |
| | 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 | | |