

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
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

SNS-MSP / HCU-form.020 / 2008

SIGNOS VITALES (1)