

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
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