

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	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		