ESTABLECIMIENTO		NOMBRE			APELLIDO				SEXO (M-F)				N° HOJA				HISTORIA CLÍNICA			
FECHA	1																			
DÍA DE INTERNACIÓN																				
DÍA POSTQUIRÚRGICO																				
1 SIGNOS VIT												TRAZ	AR DE R	OJO EL I	PULSO Y /	AZUL LA '	TEMPER	ATURA		
PULSO TE	MP	AM	РМ	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
140																				
130																				
120 42	2																			
110 4	1																			
100 40	0																			
90 39	9																			
80 38	8																			
70 37	7																			
60 36	6																			
50 35	5																			
40																				
F. RESPIRATORIA Xmin																				
PRESIÓN SISTÓLICA																				
PRESIÓN DIAS	STÓLICA																			
2 BALANCE HÍDRICO																				
INGRESOS CC	PARE VÍA O																			
	TOTA																			
ELIMINACIONE S CC																				
	DREN OTRO																			
	TOTA	L																		
3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES																				
ASEO/BAÑO																				
PESO k																				
DIETA ADMIN																				
NÚMERO DE																				
NÚMERO DE MICCIONES																				
NÚMERO DE DEPOSICIONES																				
ACTIVIDAI	D FÍSICA																			
CAMBIO DI	CAMBIO DE SONDA																			
RECANALIZ	ACIÓN VÍA																			

SNS-MSP / HCU-form.020 / 2008 SIGNOS VITALES (1)

RESPONSABLE