FECHA

DÍA DE INTERNACIÓN

DÍA POSTQUIRÚRGICO

SEXO (M-F)

APELLIDO

1 SIGNOS VITALES

ESTABLECIMIENTO

NOMBRE

TRAZAR DE ROJO EL PULSO Y AZUL LA TEMPERATURA

N° HOJA

HISTORIA CLÍNICA

PULSO TEMP

AM PM AM PM

140

130

100

90

80

120 42

110 41

40

39

38

35

70 37

60 36

50 40

F. RESPIRATORIA Xmin

PRESIÓN SISTÓLICA

PRESIÓN DIASTÓLICA

2 BALANCE HÍDRICO

INGRESOS CC PARENTAL VÍA ORAL

TOTAL

ELIMINACIONE

ORINA DRENAJE

SCC

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)