

ESTABLECIMIENTO TyD Salud y Bienestar	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

SNS-MSP / HCU-form.020 / 2008

SIGNOS VITALES (1)