

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
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																			