

ESTABLECIMIENTO	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	