

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		