

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
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	9	15	5	7	6
NÚMERO DE MICCIONES	7.00	8.00	28.00	30.00	8.00
NÚMERO DE DEPOSICIONES	8	28	30	8	
ACTIVIDAD FÍSICA	5	6	5	7	9
CAMBIO DE SONDAS	9	15	5	7	6
RECANALIZACIÓN VÍA	7	8	28	30	8
RESPONSABLE	Si	Si	Si	Si	
	9	15	5	7	6
SNS-MSP / HCU-form.020 / 2008					