

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	