ESTABLECIMIENTO APELLIDO HISTORIA CLÍNICA NOMBRE SEXO (M-F) N° HOJA

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

100

120 42

110 41

90 39

40

80 38

70 37

60 36

50 35

40

F. RESPIRATORIA Xmin

PRESIÓN SISTÓLICA

PRESIÓN DIASTÓLICA

2 BALANCE HÍDRICO

INGRESOS

CC

ELIMINACIONE S CC

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

SNS-MSP / HCU-form.020 / 2008

SIGNOS VITALES (1)