

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 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