

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 S 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