

# MONITOREO DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

HORA	POSICION	NOMBRE Y FIRMA DEL ENF.	OBSERVACIONES
7:00			
8:00			
9:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00			
24:00			
1:00			
2:00			
3:00			
4:00			
5:00			
6:00			

*Enfermeras contigo*