

## SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN GUERRERO

## NOTAS DE EVOLUCIÓN

**Nº EXPEDIENTE**

## A.- IDENTIFICACION

1.-NOMBRE: \_\_\_\_\_ 2.- EDAD: \_\_\_\_\_ años 3.- SEXO: M ( X ) F ( )  
 \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)  
 FECHA DE NACIMIENTO:     
 DÍA MES AÑO

## B.- SIGNOS VITALES, DIAGNÓSTICO, PRESCRIPCIÓN Y EVOLUCIÓN.

4.- FECHA			
DÍA	MES	AÑO	HORA
12	4	2020	23:1
5.- PESO ACTUAL		KG	
6.- ESTATURA		CM	
7.- FRECUENCIA CARDIACA			
8.- FRECUENCIA RESPIRATORIA			
TENSION ARTERIAL	Sistólica		
	Diastólica		
9.- TEMPERATURA			
10.- PULSO			
11.- ENFERMERA/TAPS			
NOMBRE COMPLETO:			
FIRMA:			
CÉDULA PROFESIONAL			

Resumen Interrogatorio: \_\_\_\_\_

Exploración física:

Resultado de Servicios de auxiliares de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:

Plan de estudio y/o tratamiento:

Pronóstico:

Nombre del Médico

Cédula profesional

Firma