

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
13	4	2020	05:39 AM
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