

Apellido y Nombre:

Diagnóstico:

Médico tratante o de cabecera:

Mes - Año:

Día, Fecha, Hora	Signos Vitales:				Observaciones: Incluye: medicación, uso de sondas, curaciones, nebulizaciones, otros cuidados.	Ingresos: Incluye: sueros, V.O.S.N.Y; sangre, alimentación complementaria.	Egresos: Incluye: drenajes, S.N.G; vómitos, M.E., Orina.
	Pulso	Temp.	Presión Arterial	Frecuencia Respiratoria			

Horarios que concurre a atender al paciente

Firma y aclaración de firma de la enfermera/o.

