



<b>FECHA</b>					
<b>CATETERES: CVP</b>					
CVC					
PIC.					
SNG U SOG					
SONDA VESICAL					
CÁNULA TRAQUEAL					
SDVE					
TET.					
VM.					
<b>LABORATORIO</b>					
<b>RADIOLOGÍA</b>					
<b>INTERCONSULTAS</b>					
<b>CITAS</b>					
<b>OTROS</b>					
<b>OBSERVACIONES</b>					
SELLO / FIRMA	M				
ENFERM. RESP.	T				
	N				



**INSTITUTO  
KARDE**

NOMBRES Y APELLIDOS.....

DIAGNÓSTICO.....

SERVICIO ..... CAM

FECHA	
FÓRMULA / DIETA	

**NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO**  
**X DE ENFERMERIA**



..... EDAD.....

..... F.I. ....

IA ..... H.C. ....




INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

HOJA GRAFICA - FUNCIONES VITALES



FECHA																				
DIAS DE HOSP.																				
HOSP. EN SERV.																				
PA	FC	Tº	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
200	160	41º																		
150	150	40º																		
100	140	39º																		
50	130	38º																		
0	120	37º																		
RESP.																				
70	110	36º																		
60	100	35º																		
50	90																			
40	80	DOLOR																		
		VAS																		
		10																		
		9																		
		8																		
		7																		
		6																		
		5																		
		4																		
		3																		
2																				
1																				
20	60	0																		
SATURACION																				
PESO																				
ORINA																				
HECES																				
TRANSFUSION																				
BALANC.TOTAL																				
P.P.D.																				
NOMBRE		APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				EDAD				GRUPO Y RH						
LUGAR DE PROCEDENCIA				SERVICIO				CAMA				H.C.								