HOJA DE REGISTRO CLINICO EN PACIENTE PEDIATRICO

OFFICIAL MEDICAL CENTRE

NOMBRE:			NOMBRE DE LA MADRE:		
FECHA DE NACIMENTO:	HORA:		NUMERO DE EXPEDIENTE:		HABITACION:
TALLA:	PESO:	EDAD:	SEXO: F M	SERVICIO:	FACTOR Y RH:
DIAS DE HOSPITALIZACION:	FECHA DE INGRESO:	HORA DE INGRESO:	DIAGNOSTICO MEDICO:		

		FECHA:						FECHA:						FECHA:					
		Matutino		Vespertino		Nocturno		Matutino		Vespertino		Nocturno		Matutino		Vespertino		Nocturno	
F.C.	T.C.	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4
200																			
190	42																		
180																			
170	41																		
160																			
150	40																		
140																			
130	39																		
120																			
110	38																		
100																			
90	37																		
80																			
70	36																		
60																			
50	35																		
Frecuencia Respiratoria																			
Llenado Capilar																			
Oximetría de Pulso																			
Perímetro Abdominal																			
Glicemia Capilar																			
Tipo de Alimentación																			

HABITUS EXTERIOR

ESTADO DE ALERTA	M	V	N	M	V	N	M	V	N	PIEL	M	V	N	M	V	N	M	V	N
ACTIVO										ROSA									
HIPOACTIVO										RUBICUNDO									
IRRITABLE										PALIDEZ									
SUEÑO FISIOLOGICO										ICTERICIA									
										CIANOSIS									

RIESGO DE CAIDAS	M	V	N	M	V	N	M	V	N	OBSERVACIONES
BAJO RIESGO										
MEDIANO RIESGO										
BAJO RIESGO										

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A de C.V.

INGRESOS Y EGRESOS

FECHA																		
TURNO	Matutino		Vespertino		Nocturno		Matutino		Vespertino		Nocturno		Matutino		Vespertino		Nocturno	
INGRESOS																		
HORA	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4
Vía Oral																		
Alimentación Enteral																		
Solución Intravenosa																		
Solución Intravenosa																		
Nutrición Parenteral																		
Concentrado Eritrocitario																		
OTROS																		
Balance Parcial																		
EGRESOS																		
Vomito																		
Sangrado																		
Succión(SNG)																		
Drenajes																		
Uresis																		
Evacuación																		
Perdidas Insensibles																		
Otros																		
Balance Parcial																		
Balance a las 24 hrs	Total Ingresos						Total Ingresos						Total Ingresos					
	Total Egresos						Total Egresos						Total Egresos					
	Balance Total						Balance Total						Balance Total					

NOMBRE DE LA ENFERMERA									
CEDULA PROFESIONAL									
FIRMA									

Este documento es propiedad de Clínica de Medicina Deportiva S.A de C.V.