

FOLIO: _____

No.	PACIENTE	SE REALIZO VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA		EN QUE TURNO			BARANDALES EN ALTO			FAMILIAR 24 HRS			PACIENTE EN LOS EXTREMOS DE LA VIDA		EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIAR		TIMBRE DE LLAMADA ACCESIBLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	MAT	VESP	NOC	MAT	VESP	NOC	MAT	VESP	NOC	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			