FORMATO REGISTRO DE SIGNOS VITALES

REGISTRAR: NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE, FECHA DE NACIMIENTO, FECHA Y HORA DE INGRESO, NOMBRE DEL FISIOTERAPEUTA O PASANTE QUE LE TOMA SIGNOS.

FECHA	HORA	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	REGISTRO SIGNOS	TA	FC	FR	SPO2