

**SIGNOS VITALES**

FECHA VIGENCIA  
2014 - 01 - 01

DOCUMENTO  
CONTROLADO

CENTRO DE ATENCIÓN \_\_\_\_\_ EAPB: \_\_\_\_\_ S: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_

A - IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ HOJA No. \_\_\_\_\_

**A. IDENTIFICACION**

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. DE HISTORIA CLINICA			
SERVICIO		SALA O CUARTO	No. CAMA			

**B. SIGNOS VITALES**

DIA HOSPITALARIO																	
DIA POST-OPERATORIO																	
DIA MES AÑO																	
PULSO T.A.	TEMPERATURA	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
200																	
190																	
180																	
170																	
160																	
150																	
140																	
130																	
120																	
110	41°																
100	40°																
90	39°																
80	38°																
70	37°																
60	36°																
50	35°																
RESPIRACIONES																	
PESO (Kgrs)																	
No. DEPOSICIONES																	
LIQUIDO EN 24 HORAS	RECIBIO																
	ELIMINO																
	BALANCE																

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_