

A.- IDENTIFICACION															
1er. APELLIDO _____										2do. APELLIDO O DE CASADA _____		NOMBRES _____		No. HISTORIA CLINICA	
EDAD		SEXO		SERVICIO _____				SALA O CUARTO _____		N° DE CAMA _____					
AÑOS	MESES	DIAS	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>											

B- ADMINISTRACION Y ELIMINACIÓN DE LIQUIDOS													
Fecha	Hora	ADMINISTRADOS					ELIMINADOS						
		Cantidad Indicada	Cantidad por Administrar	CANTIDAD RECIBIDA			TOTAL	Materia Fecal	Orina	Vómito	Drenajes	TOTAL	
Sonda	Oral			Parenteral									

BALANCES	1o. Turno			2o. Turno			3o. Turno			Balance Final 24 Horas		
	Día	Hora	Resultado	Día	Hora	Resultado	Día	Hora	Resultado	Día	Hora	Resultado

A.- IDENTIFICACION

						No. HISTORIA CLINICA											
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES													
EDAD		SEXO															
		F <input type="checkbox"/>			M <input type="checkbox"/>												
AÑOS MESES DIAS		SERVICIO				SALA O CUARTO				N° DE CAMA							

B.- ADMINISTRACION Y ELIMINACIÓN DE LIQUIDOS

Fecha	Hora	ADMINISTRADOS						ELIMINADOS				
		Cantidad Indicada	Cantidad por Administrar	CANTIDAD RECIBIDA			TOTAL	Materia Fecal	Orina	Vómito	Drenajes	TOTAL
				Sonda	Oral	Parenteral						

FIRMAS							