

## B. CONSTANTES VITALES

[illegible]

## C. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

|                          |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| PESO (kg)                |  |  |  |  |  |  |  |
| TALLA (cm)               |  |  |  |  |  |  |  |
| PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)  |  |  |  |  |  |  |  |
| PERÍMETRO ABDOMINAL (cm) |  |  |  |  |  |  |  |
| OTROS ESPECIFIQUE        |  |  |  |  |  |  |  |

| D. INGESTA - ELIMINACIÓN / BALANCE HÍDRICO |                   |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| INGRESOS                                   | PESO (kg)         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | PARENTERAL        |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | VÍA ORAL          |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | TOTAL             |  |  |  |  |  |  |  |
| ELIMINACIONES                              | ORINA             |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | DRENAJE           |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | VÓMITO            |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | DIARREAS          |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | OTROS ESPECIFIQUE |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | TOTAL             |  |  |  |  |  |  |  |

| E. CUIDADOS GENERALES |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ASEO                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BAÑO                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REPOSO ESPECIFIQUE    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| POSICIÓN ESPECIFIQUE  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OTROS ESPECIFIQUE     |  |  |  |  |  |  |  |  |

| F. FECHA DE COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS (aaaa-mm-dd) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| VÍA CENTRAL                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VÍA PERIFÉRICA                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SONDA NASOGÁSTRICA                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SONDA VESICAL                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OTROS ESPECIFIQUE                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESPONSABLE                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |

## B. CONSTANTES VITALES

[illegible][illegible]

### C. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

|                          |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| PESO (kg)                |  |  |  |  |  |  |  |
| TALLA (cm)               |  |  |  |  |  |  |  |
| PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)  |  |  |  |  |  |  |  |
| PERÍMETRO ABDOMINAL (cm) |  |  |  |  |  |  |  |
| OTROS ESPECIFIQUE        |  |  |  |  |  |  |  |

| D. INGESTA - ELIMINACIÓN / BALANCE HÍDRICO |                   |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| INGRESOS                                   | PESO (kg)         |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | PARENTERAL        |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | VÍA ORAL          |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | TOTAL             |  |  |  |  |  |  |  |
| ELIMINACIONES                              | ORINA             |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | DRENAJE           |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | VÓMITO            |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | DIARREAS          |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | OTROS ESPECIFIQUE |  |  |  |  |  |  |  |
|                                            | TOTAL             |  |  |  |  |  |  |  |

| E. CUIDADOS GENERALES |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ASEO                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BAÑO                  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| REPOSO ESPECIFIQUE    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| POSICIÓN ESPECIFIQUE  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OTROS ESPECIFIQUE     |  |  |  |  |  |  |  |  |

| F. FECHA DE COLOCACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS (aaaa-mm-dd) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| VÍA CENTRAL                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VÍA PERIFÉRICA                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SONDA NASOGÁSTRICA                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SONDA VESICAL                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OTROS ESPECIFIQUE                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESPONSABLE                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |