

SECTOR: _____

FECHA: _____

Nº DE CAMA: _____

HORA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ C.I.: _____ Nº H.C.: _____

EDAD: _____ PESO: _____

ANTECEDENTES _____ DIAGNOSTICO: _____

ALERGIAS ESPECIFIQUE _____

RESTRICCIÓN HÍDRICA NO ADMITE SUERO GLUCOSADO

INDICACIONES MÉDICAS

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍAS	INTERVALO HORAS DE ADM.	CUMPLIMIENTO POR ENFERMERIA (Indicar hora y firmar)			
				TARDE	VESPER	NOCHE	MAÑANA

