SECTOR: _____ **FECHA:** _____

Nº DE CAMA: _____ **HORA:** _____

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

EDAD: _____ **PESO:** _____

ANTECEDENTES **DIAGNOSTICO:** _____

☐ ALERGIAS ESPECIFIQUE _____

☐ RESTRICCION 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