

RESUMEN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Habitacion/Cama:	Fecha de Ingreso:
Diagnostico Principal:	
Medico Tratante:	Enfermera(o):

HISTORIAL MEDICO

MEDICAMENTOS ACTUALES

ALERGIAS

CODIGO DE ESTADO

☐Codigo Completo
 ☐No Resucitar
 ☐No Intubar
 ☐No Resucitar/No Intubar
 ☐Solo Confort

DIRECTIVA ANTICIPADA / TESTAMENTO VITAL

☐ Si
 ☐ No
 Ubicacion:

Representante de Salud: Telefono:

DESEOS EXPRESADOS DEL PACIENTE

REGISTRO DIARIO

Fecha: _____ Medico Tratante: _____ Enfermera(o): _____
 Turno: ☐ Dia ☐ Tarde ☐ Noche

PLAN DEL DIA (segun el equipo medico)

CAMBIOS HOY (medicamentos, procedimientos, estado)

PREGUNTAS REALIZADAS

Pregunta: _____	Respuesta recibida: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MIS OBSERVACIONES

SIN RESOLVER / SEGUIMIENTO
