PACIENTES DE CONTROL POR																			
NOMBRE	DIAGNOSTICO	Hemorragia	Operación	Irrig.-Versl	O^2	Datos Vitales	Ingresos Elim.	Transfusión	Succión	Drenaje	Dolor	Venoclisis	Tracción	Yeso	Monitor	Respirador	Fototerapia	Catéter Central	Alim. Par.	Alim. Ent.

OBSERVACIONES

IMPRESOS JUNBENGQUIL

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

"Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

SERVICIO DE URGENCIAS

Consultorio Area de Procedimientos y Resucitación

FICHA DE ATENCION

Nombres y Apellidos:.....

Edad:.....Sexo:.....Peso:.....Talla.....

Acompañado por:.....

Relación con el paciente:.....

Fecha:.....Hora de ingreso al área:.....

Motivo de Ingreso y breve Evolución .....

.....

.....

Exámen Físico: .....

.....

.....

Exámenes complementarios:.....

.....

.....

Diagnóstico de ingreso:.....

Procedimientos realizados y/o medicación administrada:.....

.....

.....

Plan a seguir:.....

Traslado a.....

Alta: a.- A petición.....Firma del acompañante.....

b.- Dada por el servicio:.....

Indicaciones de alta.....

.....

Nombre..... Firma.....Categorías.....

Fecha..... Hora de Salida .....

IMPRENTA JTA. BENEF. DE GOIII

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

HOSPITAL DE NIÑOS
DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE

N°

Fecha:

HOJA DE CONTROL DE VENTILACION

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

T. E. T. #
Fecha:
Hora:

Traqueotomía
Fecha:
Hora:

Nombres: Edad: Peso: Cama: F. Ingreso:

PARAMETROS								GASOMETRIA								ESPECIFICACIONES			OBSERVACIONES Y FIRMA RESPONSABLE
Fecha	FLUJO L/min.	PRESION cm. H_2O	F.R.	FIO_2	I / E	PEEP / CPAP	NUS	A / V	P.H.	PCO_2	PO_2	HCO_3 / HCO_3	$+CO_2$	E.B	SA+O_2	TIEMPO INTUBADO	TIEMPO VENTILADOR	TIEMPO FIO_2 0.4%	

IMPRENTA JTA. BENEF. DE GQUIL