



CONTROL HIDROCOLOIDES

Fecha: _____

Apellidos: _____ Nombres: _____

Edad: _____ Fecha / Nac. _____ Sexo: _____

Procedencia Prov.: _____ Cantón: _____ Parroq.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

DATOS DE LA LESION

Fecha y hora de quemadura: _____

Fecha y hora de ingreso: _____

Lugar del accidente: _____ Mecanismo de lesión: _____

AGENTE CAUSAL: Detalle

Líquido caliente: _____ Objeto caliente: _____

Fuego: _____ brazos _____ tamaño _____ artif. _____ electricidad _____

Químicos _____ Otros _____

PRIMEROS AUXILIOS

Que le aplicó? _____

Quién? _____

INGRESO CON HIDROCOLOIDE:

Fecha: _____ evaluación de lesión _____

Parche _____ Firma _____

EVALUACION

Fecha: _____ Segunda evaluación _____

Fecha: _____ tercera evaluación _____

EVALUACION DEL TRATAMIENTO

Total días: _____

Número de parches: _____ detalle: _____

Cierre de lesión: Si _____ No _____

CIRUGIA (DETALLE) _____

Secuela: _____

**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"**

**HOJA DE SEGUIMIENTO DEL RECIEN NACIDO
DE ALTO Y MEDIANO RIESGO**

Alteración hematológica		Anemia			
		Policemia		Hemodilución N°	
Alteraciones neurológicas		convulsiones		Si	No
				Tratamiento:	
		Asfixia perinatal:			
		HIV	Grado	Si	No
Patología quirúrgica				Si	No
				Diagnóstico	
Patología digestiva				Si	No
		NPP		Si	No
		Reflujo		Si	No
		Nec	grado	tratamiento	ATR
		Ayuno	días		
Accesos vasculares		Cateter venoso central		días	
		Cateter umbilical		días	
Medicación:		Drogas vaso activas:		días	
		Aminofilina	Si	No	días
		Cafeína	Si	No	días EG
		Otros			
Exámenes especiales		Fondo de ojo:			
		Audiológico:			
		Eco cerebro:			
		Otros:			
		Plan post alta:			
Estudios pendientes					
Controles de alta:		Fecha: / /			
Hto	Ret	Ca	P	F. alta.	
C. oftalmológico	Si	No	Próximo control		
D. auditivo	Si	No	Próximo control		
		Mediación al alta:			
Historia social					
Edad madre:	Instrucción			E. civil	
Edad padre:	Instrucción				
Vivienda:	prefabricada	caña	madera	cemento	mixta
Luz, agua potable:	Pozo séptico	baño	letrina		
Médico Tratante					

HOJA DE SEGUIMIENTO CLINICO DIARIO

SALA DE NEONATOS C-2						
NOMBRE:			FECHA:			
	DIAGNOSTICO	APARATO AFECTO	LABORATORIO RAYOS X	CULTIVOS Y ANTIBIOTICOS	INTERCONSULTAS	PENDIENTES
9						
10						
11						
12						
13						
14						