

|                                |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    |                                      |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
|--------------------------------|--|--|------------|--|-------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------|--------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------------------------|--|-------|---|---|---|-------|--|--|
| APELLIDOS Y NOMBRES:           |  |  |            |  | EDAD:                                                       | SEXO: | FECHA DE INGRESO A INSTITUCIÓN: / / 20 |                    |                                      |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| FECHA INGRESO AL SERVICIO: / / |  |  |            |  | TIPO DE SEGURO: SIS( )SOAT( )ESSALUD( )PAGANTE( )N° SEGURO: |       |                                        |                    |                                      | N° HISTORIA CLÍNICA: |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| HORA DE INGRESO: Hrs. Min.     |  |  | DX MEDICO: |  |                                                             |       |                                        | SERVICIO / UNIDAD: |                                      |                      |                                |  | CAMA: |   |   |   |       |  |  |
| FECHA: / /                     |  |  | PESO:      |  | TALLA:                                                      |       | IMC: P/T <sup>2</sup> =                |                    | OBSERVACIÓN:                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| INGRESO                        |  |  |            |  | M                                                           | T     | N                                      | TOTAL              | EGRESO                               |                      |                                |  |       | M | T | N | TOTAL |  |  |
| PARENTERAL                     |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DIURESIS( ) SF( ) SN( )              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRATAMIENTOS EV                |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | IRRIGACION VESICO URETRAL            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRANSFUSIÓN SANGUINEA          |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DEPOSICIONES                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA                           |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DRENAJE( ) OSTOMIAS( ) ASPIRACION( ) |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| DIETA ORAL/ ENTERAL/SNG/SOG    |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | VOMITOS                              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| IRRIGACIÓN VESICO URETRAL      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SANGRADO                             |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Otros:                         |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | Otros:                               |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA METABOLICA ( OXIDACIÓN)   |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | PERDIDA INSENSIBLE                   |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| SUB TOTAL                      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SUB TOTAL                            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TOTAL INGRESOS                 |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    |                                      | TOTAL EGRESOS        |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Firma y Sello de Enfermera (D) |  |  |            |  | BALANCE                                                     |       | BALANCE: POSITIVO ( + ):               |                    | ml.                                  |                      | Firma y Sello de Enfermera (N) |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | BALANCE: NEGATIVO( - ):                |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | FLUJO URINARIO POR HORA:               |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| FECHA: / /                     |  |  | PESO:      |  | TALLA:                                                      |       | IMC: P/T <sup>2</sup> =                |                    | OBSERVACIÓN:                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| INGRESO                        |  |  |            |  | M                                                           | T     | N                                      | TOTAL              | EGRESO                               |                      |                                |  |       | M | T | N | TOTAL |  |  |
| PARENTERAL                     |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DIURESIS( ) SF( ) SN( )              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRATAMIENTOS EV                |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | IRRIGACION VESICO URETRAL            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRANSFUSIÓN SANGUINEA          |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DEPOSICIONES                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA                           |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DRENAJE( ) OSTOMIAS( ) ASPIRACION( ) |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| DIETA ORAL/ ENTERAL/SNG/SOG    |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | VOMITOS                              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| IRRIGACIÓN VESICO URETRAL      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SANGRADO                             |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Otros:                         |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | Otros:                               |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA METABOLICA ( OXIDACIÓN)   |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | PERDIDA INSENSIBLE                   |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| SUB TOTAL                      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SUB TOTAL                            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TOTAL INGRESOS                 |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    |                                      | TOTAL EGRESOS        |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Firma y Sello de Enfermera (D) |  |  |            |  | BALANCE                                                     |       | BALANCE: POSITIVO ( + ):               |                    | ml.                                  |                      | Firma y Sello de Enfermera (N) |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | BALANCE: NEGATIVO( - ):                |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | FLUJO URINARIO POR HORA:               |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| FECHA: / /                     |  |  | PESO:      |  | TALLA:                                                      |       | IMC: P/T <sup>2</sup> =                |                    | OBSERVACIÓN:                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| INGRESO                        |  |  |            |  | M                                                           | T     | N                                      | TOTAL              | EGRESO                               |                      |                                |  |       | M | T | N | TOTAL |  |  |
| PARENTERAL                     |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DIURESIS( ) SF( ) SN( )              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRATAMIENTOS EV                |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | IRRIGACION VESICO URETRAL            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRANSFUSIÓN SANGUINEA          |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DEPOSICIONES                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA                           |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DRENAJE( ) OSTOMIAS( ) ASPIRACION( ) |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| DIETA ORAL/ ENTERAL/SNG/SOG    |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | VOMITOS                              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| IRRIGACIÓN VESICO URETRAL      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SANGRADO                             |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Otros:                         |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | Otros:                               |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA METABOLICA ( OXIDACIÓN)   |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | PERDIDA INSENSIBLE                   |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| SUB TOTAL                      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SUB TOTAL                            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TOTAL INGRESOS                 |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    |                                      | TOTAL EGRESOS        |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Firma y Sello de Enfermera (D) |  |  |            |  | BALANCE                                                     |       | BALANCE: POSITIVO ( + ):               |                    | ml.                                  |                      | Firma y Sello de Enfermera (N) |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | BALANCE: NEGATIVO( - ):                |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | FLUJO URINARIO POR HORA:               |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| FECHA: / /                     |  |  | PESO:      |  | TALLA:                                                      |       | IMC: P/T <sup>2</sup> =                |                    | OBSERVACIÓN:                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| INGRESO                        |  |  |            |  | M                                                           | T     | N                                      | TOTAL              | EGRESO                               |                      |                                |  |       | M | T | N | TOTAL |  |  |
| PARENTERAL                     |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DIURESIS( ) SF( ) SN( )              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRATAMIENTOS EV                |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | IRRIGACION VESICO URETRAL            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRANSFUSIÓN SANGUINEA          |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DEPOSICIONES                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA                           |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DRENAJE( ) OSTOMIAS( ) ASPIRACION( ) |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| DIETA ORAL/ ENTERAL/SNG/SOG    |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | VOMITOS                              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| IRRIGACIÓN VESICO URETRAL      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SANGRADO                             |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Otros:                         |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | Otros:                               |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA METABOLICA ( OXIDACIÓN)   |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | PERDIDA INSENSIBLE                   |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| SUB TOTAL                      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SUB TOTAL                            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TOTAL INGRESOS                 |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    |                                      | TOTAL EGRESOS        |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Firma y Sello de Enfermera (D) |  |  |            |  | BALANCE                                                     |       | BALANCE: POSITIVO ( + ):               |                    | ml.                                  |                      | Firma y Sello de Enfermera (N) |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | BALANCE: NEGATIVO( - ):                |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | FLUJO URINARIO POR HORA:               |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| FECHA: / /                     |  |  | PESO:      |  | TALLA:                                                      |       | IMC: P/T <sup>2</sup> =                |                    | OBSERVACIÓN:                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| INGRESO                        |  |  |            |  | M                                                           | T     | N                                      | TOTAL              | EGRESO                               |                      |                                |  |       | M | T | N | TOTAL |  |  |
| PARENTERAL                     |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DIURESIS( ) SF( ) SN( )              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRATAMIENTOS EV                |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | IRRIGACION VESICO URETRAL            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TRANSFUSIÓN SANGUINEA          |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DEPOSICIONES                         |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA                           |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | DRENAJE( ) OSTOMIAS( ) ASPIRACION( ) |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| DIETA ORAL/ ENTERAL/SNG/SOG    |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | VOMITOS                              |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| IRRIGACIÓN VESICO URETRAL      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SANGRADO                             |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Otros:                         |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | Otros:                               |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| AGUA METABOLICA ( OXIDACIÓN)   |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | PERDIDA INSENSIBLE                   |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| SUB TOTAL                      |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    | SUB TOTAL                            |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| TOTAL INGRESOS                 |  |  |            |  |                                                             |       |                                        |                    |                                      | TOTAL EGRESOS        |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
| Firma y Sello de Enfermera (D) |  |  |            |  | BALANCE                                                     |       | BALANCE: POSITIVO ( + ):               |                    | ml.                                  |                      | Firma y Sello de Enfermera (N) |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | BALANCE: NEGATIVO( - ):                |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |
|                                |  |  |            |  |                                                             |       | FLUJO URINARIO POR HORA:               |                    | ml.                                  |                      |                                |  |       |   |   |   |       |  |  |