



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 04 de Abue del 2025

VISTO: El Expediente N° 03427-2025, que contiene la Nota Informativa N° 311-2025-DENF-HNCH, de la Jefa del Departamento de Enfermería, el Informe Técnico N° 17-2025-OGC/HNCH, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, y el Informe de Asesoría Jurídica N° 186-OAJ/UAJA N° 02-2025-HNCH, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y;

CONSIDERANDO:

Que, a través de los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable para el desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Por lo que su protección es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, con Nota Informativa N° 311-2025-DENF-HNCH, de fecha 14 de febrero del 2025, el Departamento de Enfermería remite los Formatos de Enfermería, para aprobación mediante Resolución Directoral;

Que, mediante Informe Técnico N° 017-2025-OGC/HNCH, de fecha 19 de marzo del 2025, la Oficina de Gestión de la Calidad recomienda aprobar con Resolución Directoral el formato de Aprobación de Formatos de Enfermería, para aprobación mediante Resolución Directoral;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, se aprobó las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, lo cual resulta extensible a los Órganos Desconcentrados;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal i) del artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, dispone que la Dirección General está a cargo de un Director General y tiene como una de sus funciones expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia;

Que, estando lo propuesto por el Departamento de Enfermería, y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el informe N° 186-OAJ/UAJA N° 02-2025-HNCH;

Con visto de la Jefatura del Departamento de Enfermería, de la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, y de la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica;



De conformidad con lo dispuesto en el Texto único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°. -**APROBAR** el formato de Aprobación de Formatos de Enfermería del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el cual se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°. - **ENCARGAR** al Departamento de Enfermería el seguimiento y cumplimiento de la Aprobación de Formatos de Enfermería aprobado en la presente Resolución Directoral.

Artículo 3°. - **DISPONER** que la Jefatura de la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación de la Presente Resolución y el formato aprobado, en la página web del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
Dr. Oscar Danilo Gayoso Cervantes
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. 019644 R.N.E. 20196

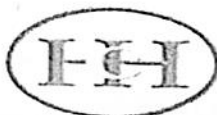
MDDLS/JCPA/LNSE/JRC

Distribución:

- () DG
- () OAJ
- () DE
- () OGC
- () OEI (COPIA DE RD Y FICHA)
- () Archivo

1.- FECHA : / /					
2.- DIETA					
FORMULA ENTERAL					
3.- SOLUCIONES				VIA	FREC
HORARIO DE ADMINISTRACIÓN					
4.- TERAPEUTICA					
DOSIS	VIA	FREC	HORARIO DE ADMINISTRACIÓN		
5.- INTERVENCIONES, PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS DE ENF					
5.1	CFV + BHE	M - T - N	M - T - N	M - T - N	M - T - N
5.2	OXIGENO (CBN) (M.VENT) (M.RESV) (CNAF) (V.MEC)				
5.3	ASPIRACION DE SECRECIONES				
5.4	CONTROL DE GLICEMIA				
5.5					
5.6					
5.7	PESO:				
5.8	EXAMENES ESPECIALES: - TAC, RM, RX (HORA)				
5.9	EXAMENES DE AYUDA DIAGNOSTICA: (HORA)				
5.10	INTERCONSULTAS: (HORA)				
5.11	GRADO DE DEPENDENCIA	I - II - III -IV	I - II - III -IV	I - II - III -IV	I - II - III -IV
6.-	CONTROL DE DISPOSITIVOS	FECHA DE COLOCACIÓN, CAMBIOS Y SUSPENSIÓN			
6.1	CATETER PERIFÉRICO				
6.2	CATETER VENOSO CENTRAL / PORTH				
6.3	TET /TQT				
6.4	SNG / SOG / SNY / GASTROSTOMIA/ILOEOSTOMIA				
6.5	C. URINARIO/ T. VESICAL (ENFERMERIA) (UROLOGIA)				
6.6	DRENAJE: TORAX./ KEHR/ PENROSE/ NEFROSTOMIA /C				
6.7	CAF/C. PERITONEAL/ Fistula Arterio Venosa				
FIRMA Y SELLO ENFERMERA (O) 		TURNO DIURNO TURN NOCHE			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	EDAD	N° HCL	SIS () N° HO: PAGANTE ()
DIAGNÓSTICO MÉDICO:				SERVICIO	N° CAMA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:					
FECHA Y HORA INGRESO PACIENTE.: //		Inicio de administración del farmaco : (I)	Tratamiento administrado : /	Tratamiento no administrado: 0	

[illegible]



NOTAS DE EVOLUCION DE ENFERMERÍA

RIESGO DEL PACIENTE: LPP/CAIDA/ASPIRACION/SUICIDIO/ FUGA/ OTROS:.....

FECHA	HORA	TURNO	
VALORACIÓN SUBJETIVO			
OBJETIVO			
DIAGNÓSTICO A			
OBJETIVO P			
PLAN DE EJECUCIÓN/ INTERVENCION ENFERMERIA ADM. MEDICAMENTOS			
EVENTOS ADVERSOS			
EVALUACIÓN E			

FIRMA Y SELLO

FECHA	HORA	TURNO	
VALORACIÓN SUBJETIVO			
OBJETIVO			
Diagnóstico A			
OBJETIVO P			
PLAN DE EJECUCIÓN/ INTERVENCION ENFERMERIA ADM. MEDICAMENTOS			
EVENTOS ADVERSOS			
EVALUACIÓN E			

FIRMA Y SELLO

APELLIDO Y NOMBRE:

H. CL. N°

TIPO Y N° SEGURO

DEPARTAMENTO

SERVICIO/PISO/UNIDAD

N° CAMA

SEXO

EDAD

F() M()



NOTAS DE EVOLUCION DE ENFERMERÍA

RIESGO DEL PACIENTE: LPP/CAIDA/ASPIRACION/SUICIDIO/ FUGA/ OTROS:.....

FECHA	HORA	TURNO		
VALORACIÓN SUBJETIVO				
OBJETIVO				
DIAGNÓSTICO A				
OBJETIVO P				
PLAN DE EJECUCIÓN/ INTERVENCION ENFERMERIA ADM. MEDICAMENTOS				
EVENTOS ADVERSOS				
EVALUACIÓN E		FIRMA Y SELLO		
FECHA	HORA	TURNO		
VALORACIÓN SUBJETIVO				
OBJETIVO				
Diagnóstico A				
OBJETIVO P				
PLAN DE EJECUCIÓN/ INTERVENCION ENFERMERIA ADM. MEDICAMENTOS				
EVENTOS ADVERSOS				
EVALUACIÓN E		FIRMA Y SELLO		
APELLIDO Y NOMBRE:		H. CL. N°	TIPO Y N° SEGURO	
DEPARTAMENTO		N° CAMA	SEXO	EDAD
SERVICIO/PISO/UNIDAD		F() M()		





HOJA DE BALANCE HÍDRICO-ELECTROLÍTICO

FECHA...../...../.....		TURNO			TOTAL 24 HORAS	PESO:
		07:00-13:00	13:00-19:00	19:00-07:00		
I N G R E S O S	DIETA: VIA ORAL /ENTERAL					TOTAL DE INGRESOS
	FORMULA					
	AGUA O SRO					
	E.V. QUE PASA	DEXTROSA				
		CLORURO SODIO				
	E.V. QUE QUEDA	DEXTROSA				
		CLORURO SODIO				
	TRATAMIENTO E.V					
TRANSFUSIONES						
AGUA OXIDACION						
OTROS						
E G R E S O S	DIURESIS					TOTAL DE EGRESOS
	DEPOSICION					
	VOMITOS					
	DRENAJES	SNG				
		D.T				
		OTROS				
	PERDIDAS INSENSIBLES					
FIRMA Y SELLO ENFERMERA (O)					B.H.E. TOTAL	
					FLUJO URINARIO	

FECHA...../...../.....		TURNO			TOTAL 24 HORAS	PESO:
		07:00-13:00	13:00-19:00	19:00-07:00		
I N G R E S O S	DIETA: VIA ORAL /ENTERAL					TOTAL DE INGRESOS
	FORMULA					
	AGUA O SRO					
	E.V. QUE PASA	DEXTROSA				
		CLORURO SODIO				
	E.V. QUE QUEDA	DEXTROSA				
		CLORURO SODIO				
	TRATAMIENTO E.V					
TRANSFUSIONES						
AGUA OXIDACION						
OTROS						
E G R E S O S	DIURESIS					TOTAL DE EGRESOS
	DEPOSICION					
	VOMITOS					
	DRENAJES	SNG				
		D.T				
		OTROS				
	PERDIDAS INSENSIBLES					
FIRMA Y SELLO ENFERMERA (O)					B.H.E. TOTAL	
					FLUJO URINARIO	

APELLIDOS Y NOMBRES					
N° H.CLINICA:	SERVICIO	SIS N° ()	PAGANTE()	EDAD	CAMA



HOJA DE BALANCE HÍDRICO-ELECTROLÍTICO

FECHA...../...../.....		TURNO			TOTAL 24 HORAS	PESO:
		07:00-13:00	13:00-19:00	19:00-07:00		
I N G R E S O S	DIETA: VIA ORAL /ENTERAL					TOTAL DE INGRESOS
	FORMULA					
	AGUA O SRO					
	E.V. QUE PASA	DEXTROSA				
		CLORURO SODIO				
	E.V. QUE QUEDA	DEXTROSA				
		CLORURO SODIO				
	TRATAMIENTO E.V					
TRANSFUSIONES						
AGUA OXIDACION						
OTROS						
E G R E S O S	DIURESIS					TOTAL DE EGRESOS
	DEPOSICION					
	VOMITOS					
	DRENAJES	SNG				
		D.T				
		OTROS				
	PERDIDAS INSENSIBLES					
FIRMA Y SELLO ENFERMERA (O)					B.H.E. TOTAL	
					FLUJO URINARIO	

FECHA...../...../.....		TURNO			TOTAL 24 HORAS	PESO:
		07:00-13:00	13:00-19:00	19:00-07:00		
I N G R E S O S	DIETA: VIA ORAL /ENTERAL					TOTAL DE INGRESOS
	FORMULA					
	AGUA O SRO					
	E.V. QUE PASA	DEXTROSA				
		CLORURO SODIO				
	E.V. QUE QUEDA	DEXTROSA				
		CLORURO SODIO				
	TRATAMIENTO E.V					
TRANSFUSIONES						
AGUA OXIDACION						
OTROS						
E G R E S O S	DIURESIS					TOTAL DE EGRESOS
	DEPOSICION					
	VOMITOS					
	DRENAJES	SNG				
		D.T				
		OTROS				
	PERDIDAS INSENSIBLES					
FIRMA Y SELLO ENFERMERA (O)					B.H.E. TOTAL	
					FLUJO URINARIO	
APELLIDOS Y NOMBRES						
N° H.CLINICA:		SERVICIO	SIS N° ()	PAGANTE()	EDAD	CAMA



HOJA GRAFICA DE SIGNOS VITALES

FECHA Y HORA DE INGRESO			GRUPO SANGUINEO:												RAMS		SI	NO								
FECHA																										
DIAS - HOSPITALIZACION																										
DIAS - POST OPERACIÓN																										
PA	PULSO	TEMP	7	12	16	20	7	12	16	20	7	12	16	20	7	12	16	20	7	12	16	20	7	12	16	20
250	160																									
200	150																									
150	140	41°																								
100	130	40°																								
50	120	39°																								
0	110	38°																								
	100	37°																								
RESP.	90	36°																								
60	80	35°																								
50	70																									
40	60																									
30	50																									
20	40																									
10																										
Peso																										
Talla																										
DIURESIS																										
N° Deposiciones																										
Flujo Urinario																										
Total balance hidrico																										
Componentes sanguíneos																										
Días de menstruación																										
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO												NOMBRE		N° HISTORIA		TIPO Y N° SEGURO							
																	SIS ()		PAGANTE ()							
DEPARTAMENTO			SERVICIO/PISO/UNIDAD												N° CAMA		SEXO		EDAD							





HOJA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE ASPIRACIÓN

Fecha de Valoración:		Hora Valoración:	
Fecha de ingreso:		Días de hospitalización:	
Lugar de procedencia:		Servicio:	
CRITERIO DE EVALUACIÓN	VARIABLES	PUNTAJE	
Disminución del nivel de conciencia	SI	1	
	NO	0	
Tipo de cirugía	Cirugía de urgencia	1	
	Cirugía: esófago, abdominal alta	1	
	Cirugía o traumatismo facial, oral o de cuello.	1	
Déficit neuromuscular	Ninguno		
	Enfermedades neuromusculares	1	
	Depresión de los reflejos nauseosos y tusígeno	1	
	Deterioro de la deglución	1	
Deterioro de la función digestiva	Ninguno		
	Aumento de la presión intragástrica	1	
	Retraso del vaciado gástrico	1	
Posición	Normal	0	
	Situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo	1	
	Reposo absoluto postrado	1	
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes.	1	
	Anticolinérgicos	1	
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros.	1	
Mecanismos invasivos	Ninguno		
	Presencia de tubo de traqueotomía o endotraqueal	1	
	Presencia de sonda gástrica	1	
Alimentación	NPO		
	Alimentación por sonda	1	
	Alimentación por sonda nasogástrica	1	
		Otras entidades:	1
		PUNTAJE TOTAL:	

RIESGO IDENTIFICADO:.....

MEDIDAS PREVENTIVAS:.....

FECHA Y HORA DE VALORACION:

APELLIDOS Y NOMBRES:		
EDAD:	SEXO: F () M ()	
H. CLINICA:	GRADO DEPENDENCIA	
H.O :	I - II -III - IV	
TIPO DE SEGURO	CAMA:	
PAGANTE () SIS ()	FIRMA Y SELLO	





HOJA DE VALORACION DE RIESGO DE CAIDAS
ESCALA DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H. DOWNTON)

Fecha de Valoración:		Hora Valoración:	
Fecha de ingreso:		Días de hospitalización:	
Lugar de procedencia:		Servicio:	
CRITERIO DE EVALUACIÓN	VARIABLES	PUNTAJE	
CAÍDAS PREVIAS	SI	1	
	NO	0	
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes, sedantes	1	
	Diuréticos, hipotensores, no diuréticos	1	
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otro	1	
DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno	0	
	Alteraciones visuales o auditivas	1	
ESTADO MENTAL	Orientado	0	
	Confuso	1	
	Agitación Psicomotora	1	
DEAMBULACIÓN	Normal	0	
	Asistida con elementos de apoyo	1	
	Reposo absoluto postrado	1	
PUNTAJE TOTAL			

NA = No aplica

Clasificación:

Riesgo Bajo	0 a 2 puntos
Riesgo Medio	3 a 4 puntos
Riesgo Alto	5 a 9 puntos

RIESGO IDENTIFICADO:.....

MEDIDAS PREVENTIVAS:.....

FECHA Y HORA DE VALORACION:

APELLIDOS Y NOMBRES:		
EDAD:	SEXO: F () M ()	
H. CLINICA:	GRADO DEPENDENCIA	
H.O :	I - II - III - IV	
TIPO DE SEGURO	CAMA:	
PAGANTE () SIS ()	FIRMA Y SELLO	





HOJA DE VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR L.P.P

Fecha de Valoración:	Hora Valoración:
Fecha de ingreso:	Días de hospitalización:
Lugar de procedencia:	Servicio:

1) Identificación de factores de riesgo:

Pérdida de sensibilidad	()	Malnutrición	()
Alteraciones circulatorias	()	Sonda nasogástrica	()
Fiebre	()	Deshidratación	()
Anemia	()	Edema	()
Sonda vesical	()		()

Parálisis, paresia o inmovilidad por algún dispositivo restrictivo ()

Enfermedad crónica (especificar):

Presencia de úlceras previas (localización):

TOTAL FACTORES DE RIESGO:

2) Valoración según la escala de Norton modificada por la R.A.M.

ESTADO FÍSICO GENERAL	4 Bueno	3 Mediano	2 Regular	1 Muy malo
ESTADO MENTAL	4 Alerta	3 Apático	2 Confuso	1 Estuporoso/ Comatoso
ACTIVIDAD	4 Ambulante	3 Disminuida	2 Muy limitada	1 Inmóvil
MOVILIDAD	4 Total	3 Camina con ayuda	2 Sentado	1 Encamado
INCONTINENCIA	4 Ninguna	3 Ocasional	2 Urinaria o fecal	1 Urinaria y fecal

PUNTUACIÓN ESCALA NORTON:

3) Puntuación total:

Puntuación Escala de Norton - Total factores de riesgo / 3 =

4) Clasificación del riesgo de presentar U.P.P.

Puntuación de 5 a 9 -----

Puntuación de 10 a 12 -----

Puntuación de 13 a 14 -----

Puntuación mayor de 14 -----

Riesgo muy alto

Riesgo alto

Riesgo medio

Riesgo mínimo / no riesgo

RIESGO IDENTIFICADO:

MEDIDAS PREVENTIVAS:

FECHA Y HORA DE VALORACION:

APELLIDOS Y NOMBRES:	
EDAD:	SEXO: F () M ()
H. CLINICA:	GRADO DEPENDENCIA
H.O :	I - II - III - IV
TIPO DE SEGURO	CAMA:
PAGANTE () SIS ()	FIRMA Y SELLO





RIESGO DEL PACIENTE	LPP/CAIDA/ASPIRACION/DESNUTRICION/SUICIDIO/ FUGA/ OTROS:

[illegible]



PRIORIDAD DE ATENCIÓN: I () II () III () IV ()

GRADO DE DEPENDENCIA: I () II () III () IV ()

NOTAS DE INGRESO DE ENFERMERÍA

DATOS GENERALES:

Diagnóstico médico:

Edad: Religión: Tipos de atención: Pagante () SIS () Otros ()

Antecedentes patológicos: TBC () Hepatitis () ITS () DM () Otros ()

Traído por: Familiar () Policía () Bombero () Amigo () Médico () Enfermera () Otros ()

Forma de llegada: Silla de ruedas () Camilla Procedencia: Emergencia () Consultorio () Otros ()

Tef. Familiar: FECHA INGRESO:/...../..... HORA: ____:____ AM/PM

CONDICIONES DEL PACIENTE:

FUNCIONES VITALES	PA	SpO2	FC	FR	T°	PESO	TALLA	ALERGIAS
FORMA DE INGRESO (Valoración objetiva)								
ESTADO GENERAL (Valoración objetivo y subjetivo)								
FUNCIONES BIOLÓGICAS (Valoración subjetivo y objetivo)								

FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

EDAD

N° HCL



DEPARTAMENTO

SERVICIO/UNIDAD

SEXO

N° CAMA

TIPO Y N° SEGURO

PAGANTE () SIS ()

1. PERCEPCIÓN-CONTROL DE SALUD			Vómitos		Hematemesis		Dolor torácico		Irradiación		
Glasgow: RO () RV () RM () Total ()					Bilioso				Localización		
Despierto	Orientado		Diuresis		Otros:		Irrigación yugular		Frecuencia		
	Desorientado				Espontánea				Duración		
Somnoliento			Retención		Incontinencia		Pulso		Intensidad		
Agitado									Catéter urinario		Palpable
Estupor			Poliuria		Edema		No palpable				
Coma			Oliguria				Débil filiforme				
Pupilas isocóricas			Anuria		Ninguno		Intermitente				
Pupilas anisocóricas							(++)				
Fotoreactivas () Paralíticas ()			4. ACTIVIDAD Y EJERCICIO				(+++)				
Midriáticas () Mióticas ()			Grado de dependencia: I() II() III() IV()								
Hemiparesia	MSD () MSI ()		Incapacidad física previa								
	MID () MII ()		Aparatos de ayuda								
Hemiplejia	MSD () MSI ()		Limitación total/parcial	Higiene () Vestido ()		Llenado capilar: <2" >2"					
	MID () MII ()			Movilización		5. SUEÑO Y DESCANSO					
Paraplejia:			Limitación de movimiento		Alimentación		Descanso		Normal		
Cefalea: 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10					Contractura		Insomnio				
2. NUTRICIÓN Y METABOLISMO			Fuerza muscular		Flacidez		Cons. fármaco				
NPO					Parálisis		6. COGNITIVO PERCEPTIVO				
Dieta			RESPUESTA RESPIRATORIA		Fracturas		Socialización cordial				
SNG					Conservada		Hostil				
SOG			Patrón respiratorio		Disminuida		Expresión de soledad				
SNY					Flacidez		7. AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO				
Nutrición parenteral			RESPUESTA RESPIRATORIA		Contractura		Estado emocional		Tranquilo		
Mucosa oral					Herida operatoria		Ansioso				
Intacta			RESPUESTA RESPIRATORIA		Localización		Negativo				
Lesiones					Normal		Temeroso				
Dif. para deglutir			RESPUESTA RESPIRATORIA		Polipnea		Irritable				
Dentadura					Taquipnea		Indiferente				
Completa			RESPUESTA RESPIRATORIA		Braquipnea		Efec. sedación				
Incompleta					Disnea		No responde				
Prótesis			RESPUESTA RESPIRATORIA		Uso musc. acce.		8. ROL - RELACIONES				
Piel íntegra () Piel seca ()					Apnea		Visita familiar/amigos				
Alteración de la coloración de la piel			RESPUESTA RESPIRATORIA		Crépit		Preocupado por la familia				
Normal					Subcrépit		Abandono familiar				
Pálida			RESPUESTA RESPIRATORIA		Sibilantes		9. SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN				
Cianosis					Roncus		Estado civil		Soltero		
Ictericia			RESPUESTA RESPIRATORIA		Características:		Casado				
Hidratación					Hemoptisis		Divorciado				
Turgente			RESPUESTA RESPIRATORIA		Tos		Viudo				
Seca					Superficial		Conviviente				
Blando			RESPUESTA RESPIRATORIA		Regular		Separado				
Distendido					Irregular		Antec. ITS		SI		
Doloroso			RESPUESTA RESPIRATORIA		Oxigenoterapia		NO				
Valonado					FIO 2		Especifique:				
Normales			RESPUESTA RESPIRATORIA		CBN		10. ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS				
Aumentados					Masc. Reservorio		Rta. medio hospit.		Tranquilo		
Disminuidos			RESPUESTA RESPIRATORIA		Masc. alto flujo		Agresivo				
Ausentes					Traqueotomía		Intento suicidio		Triste		
RHA			RESPUESTA RESPIRATORIA		TET		SI				
SNG: Residuos gástricos							NO				
Drenaje () características			RESPUESTA RESPIRATORIA				11. VALORES Y CREENCIAS				
3. ELIMINACIÓN							Religión:				
Normal			RESPUESTA RESPIRATORIA		Acepta transfusiones sanguíneas: SI() NO()						
Estreñimiento											
Diarreas			RESPUESTA RESPIRATORIA								
Melena											
Hematoquesia			RESPUESTA RESPIRATORIA								
Tipo:											
Deposiciones			RESPUESTA RESPIRATORIA								
Normal											
Estreñimiento			RESPUESTA RESPIRATORIA								
Diarreas											
Melena			RESPUESTA RESPIRATORIA								
Hematoquesia											
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		NOMBRES		SERVICIO		N° CAMA		
									H.C.		