



Indicación Diaria Centro de Salud Mental

Nombre y Apellido: Fecha:/...../.....

Nº Hist. Clínica: Cama: Edad:

PHP / NTP

Horas	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Endovenoso																								
Vía oral																								
Subcutáneo																								
Intramuscular																								
Aerosol																								
HGT																								
Balances																								
Diuresis																								
Cabecera																								
Vendas elásticas																								
KTM																								
Oxígeno																								
Nutrición																								
Orina 24 hs.																								
KTR																								
Rotar																								
FI O2																								

Cambio de Esquemas

Fecha:/...../.....

Firma y Sello

Firma y Sello