



Indicación Médica de Clínica Quirúrgica

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

N° 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