

Informe de Enfermería

R.N. Nombre y Apellido:.....

Historia Clínica N°.....Sector de Internación: U.T.I. N°.....

[illegible]



Indicaciones Médicas

Días de vida:	HIDRATACIÓN	MEDICACIÓN
Peso de Nacimiento:		
Peso Anterior:		
Peso Actual		
CONTROLES		
Incubadora Temp.		
Cuna F.C.		
S.O.G. F.R.		
Balance Ingr./Egr. T.A.m.		
Peso Sat O2		
Posición P.V.C.		
ALIMENTACIÓN		
OXIGENOTERAPIA		
A.R.M.		
C.P.A.P.		
Naricera		
Halo		
Flujo		
FiO2		