

Neonatología

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

Peso:.....EG:.....Fecha Nac:...../...../..... Historia Clínica N°

Diagnóstico:	1		2	
	3		4	
	5		6	

Fecha / Edad
Problemas:
HEN: Peso / DIU / PIA CH / NB CL / Na / K / Ca NPT
Resp: Setting EAB
CV: Intoropico
GI P. Abdómen
Infeccioso ATB Cultivos Screening
Hematologico HTC Transe: Bi
Otros
L A B P
E N D I E N T E