

HOJAS DE ENFERMERIA DE DIFERENTES INSTITUCIONES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

REGISTROS CLINICOS, TRATAMIENTOS Y
OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

4-30-61-86

Nombre	_____
Cédula	_____
Edad	_____ Sexo _____
Servicio	_____
Cama/Cuna	_____
Diagnóstico	_____

UNIDAD

Fecha			Día de Hosp.																		
F.C.	T.I.	T.C.	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	
170	36	41																			
160	35																				
150	34	40																			
140	33																				
130	32	39																			
120	31																				
110	30	38																			
100	29																				
90	28	37																			
80	27																				
70	26	36																			
60	25																				
50	24	35																			
Tensión Arterial			/ /																		
F. Respiratoria																					
C. Temperatura																					
Talla		Peso																			
		Perímetro																			
Fórmula _____																					
Dieta _____																					
Líquidos Orales _____																					
TOTAL																					
Líquidos																					
Parenterales																					
Electrolitos																					
y Elementos																					
Sanguíneos																					
TOTAL																					
Uresis																					
Evacuaciones																					
Vómito, Succión y Drenajes																					
Laboratorio y Productos Biológicos																					
Reactivos																					
Estudios Operaciones																					



**SECRETARÍA DE SALUD
UNIDAD ESTADAL DE ENFERMERÍA
FORMATO DE NOTAS Y REGISTROS DE ENFERMERÍA
PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

SERVICIOS DE SALUD DE.....

PLAN DE CUIDADOS

Habitatis exterior

JURISDICCIÓN: _____ UNIDAD MÉDICA: _____
 No. DE EXPEDIENTE: _____ DERECHOHABIENTA: P/A SP PROSPERA No. DE PÓLIZA: _____
 NOMBRE COMPLETO: _____ SEXO: HOMBRE MUJER
 NOMBRE (S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
 FECHA DE NACIMIENTO: [] [] [] ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____
 DÍA MES AÑO EDAD: _____ LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
 DOMICILIO: _____ NUM. TELEFÓNICO: _____
 CALLE NUM COLONIA MUNICIPIO/DELEGACIÓN AGE: _____
 011111111111111111 NO SI NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE O CUIDADOR: _____

VALORACIÓN DE CONSTANTES VITALES				SOMATOMETRÍA			
VISITAS/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.	VISITAS/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.
FECHA				PESO ACTUAL			
HORA				PESO IDEAL			
EDAD ACTUAL				TALLA			
TENSIÓN ARTERIAL				ÍNDICE DE MASA CORPORAL			
FRECUENCIA CARDIACA				PERÍMETRO CEFÁLICO			
FRECUENCIA RESPIRATORIA				PERÍMETRO ABDOMINAL			
TEMPERATURA				PERÍMETRO DE CADERA			

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				CONTROL PRENATAL			
VISITA/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.	VISITA/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.
COMPLETO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	MENOS DE CINCO			
OBSERVACIONES:				CINCO O MAS			
				CONOCE LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

TRATAMIENTO ACORTADO Estrictamente Supervisado				VALORACIÓN ADULTO MAYOR				CONTROL DE NUTRICIÓN			
SI	NO	(TAES)		VISITA/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.	VISITA/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.
				MALTRATO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			NORMAL			
				DETERIORO COGNOSCITIVO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			OBESIDAD			
				DEFICIENCIAS AUDITIVAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SOBREPESO			
				DEFICIENCIAS VISUALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			DESNUTRICIÓN			
				ABANDONO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			ENFERMEDAD/ES CRÓNICA/S			
				DATOS OBJETIVOS:				DIABETES MELLITUS			
				CUESTIONARIO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			HIPERTENSIÓN ART			
				OTROS PROGRAMAS:				OBESIDAD			
				REFERENCIA:				DISLIPIDEMIAS			
								OTRAS			

PLANIFICACIÓN FAMILIAR				DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD											
MÉTODO ANTICONCEPTIVO				DETECCIONES	1RA.	2DA.	3RA.	RESULTADO	CASO SUSP.	DETECCIÓN	1RA.	2DA.	3RA.	RESULTADO	CASO IDIOPÉLICO
				CUANTIFICACIÓN DE LÍPIDOS						BACILOSCOPIA					
				ALTERACIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL						TAMIZ NEONATAL					
				GLUCEMIA CAPILAR						PRUEBA RÁPIDA VIH					
				CITOLOGÍA CERVICAL						PRUEBA RÁPIDA SIFILIS					
				TOMA DE HÍBRIDOS						OTRA:					
				EXPLORACIÓN DE MAMA						CUESTIONARIO DE DETECCIÓN:					
				PRUEBA RÁPIDA DE ANTIGENO PROSTÁTICO						OBSERVACIONES:					

DATOS ORI Y SUBI	VISITAS/CONSULTAS			DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIONES / RECOMENDACIONES DE LA GPCE
	1RA.	2DA.	3RA.			

SIN CONSULTA

Turno	Hora	Diagnósticos de Enfermería	Resultados Esperados	Hora	Intervenciones y/o recomendaciones de enfermería	IPC de
Matutino						
Vespertino						
Nocturno						

Prevención de caídas	M	V	N	Prevención de úlceras por presión	M	V	N	Cuidado de las heridas	M	V	N	Cuidado de accesos vasculares	M	V	N				
Ayuda en la deambulación				Lubricación de la piel				Inspección de la herida				Preparación de la piel en el sitio de inserción							
Colocación de barandillas laterales				Ejercicios de movilización pasiva				Curación de la herida				Curación de catéter							
Sujeción gentil				Posición alineada				Presencia de signos de infección				Uso de barrera máxima							
Orientación al Paciente y/o familiar sobre el riesgo de caídas				Cambios posturales cada dos horas	8	10	12	14	16	Presencia de sangrado				Rotación de CVP					
					20	22	24	2	4		6				Lugar anatómico de catéter				
Oxigenoterapia	Si No			Si No			Si No			Si No									
Sistemas y/o dispositivos	Masc.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO	MASC.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO	MASC.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO	
Sonda Nasogástrica				Sonda Vesical				Características de la orina											
SI	No	Calibre (FR):		SI	NO	Calibre (FR):		TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	Otras	M	V	N
Fecha de Instalación		/	/	Fecha de Instalación		/	/	Amarillo claro				Hematuria							
Fecha de Cambio		/	/	Fecha de Cambio		/	/	Concentrado				Piuria							
Observaciones				Días de Permanencia				Con sedimento				Turbia							

**Realizar un listado de los puntos principales en los que
coinciden todas las hojas de enfermería.**

1.- DATOS GENERALES

- NOMBRE
- EDAD
- SEXO
- FECHA DE NACIMIENTO
- OCUPACION
- ESCOLARIDAD
- ESTADO CIVIL
- DOMICILIO

2.- SIGNOS VITALES

3.- SOMATOMETRIA

4.-NUMERO DE EXPEDIENTE