

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																				



Hoja de la Enfermería

Nombre: _____ No. De Cama: _____ Dias Estancia: _____

Tipo de Dieta: _____ cedula: _____ Fecha: _____

Hora	Signos Vitales				Medicamentos						Venoclisis															
	T	P	R	TA	Cantidad	Presentación	Nombre Genérico	Dosis	Vias			Medio			Región Miembros		Cantidad									
	Oral			Paren					Otras			Superior		Inferior		Permeabilidad	Instal	Solución Medicamentos Agregados	Ministrada en turno	Se entrega						
	Der.	Izq.	Der.	Izq.					Der.	Izq.	Der.	Izq.	Der.	Izq.	Der.						Izq.					

321456

SM5-9-11-1



Concepto	Turno			Alimentación	Hora	Observaciones
	M	V	N			
Estados de Conciencia				Desayuno		
Estado General	Consciente					
	Inconsciente					
	Muy grave					
	Grave					
Posición	Delicado					
	Mejorado					
	Libremente escogida					
Ayuno	Fowler					
	Cirugía					
	Estudios Especiales					
	Examen de laboratorio					
Visitas Medicas (Interconsulta)	Otras causas					
	Rutina					
Operado de:	Especifica			Comida		
Dias de Procedimiento (exclusivo llenado en turno matutino)						
Sondas (tipo y cantidad)	Cerrada					
	Drenando					
Oxigeno (cantidad)	Directo					
	Continuo					
	Intermitente					
	Nebulizador					
Practicas Higiénicas	Baño	Rogadera				
		Espanja				
		Parcial				
Movilización	Curación			Merienda		



**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 AGEB: _____
 011111111111111111 NO SI NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE O CUIDADOR: _____

VISITAS/CONSULTA	VALORACIÓN DE CONSTANTES VITALES			SOMATOMETRÍA			
	1RA.	2DA.	3RA.	1RA.	2DA.	3RA.	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			

VISITA/CONSULTA	ESQUEMA DE VACUNACIÓN									CONTROL PRENATAL				
	1RA.			2DA.			3RA.			1RA.	2DA.	3RA.		
COMPLETO:	SI	NO		SI	NO		SI	NO		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	NO	(TAES)			VALORACIÓN ADULTO MAYOR				CONTROL DE NUTRICIÓN			
		1RA.	2DA.	3RA.	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		

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD											
	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:					

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

1RA. VI			
2DA. VISITA/CONSULTA			
3RA. VISITA/CONSULTA			

T E R A P E U T I C O	MEDICAMENTO/ BIOLÓGICO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	HORA	MEDICAMENTO/ BIOLÓGICO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	HORA	MEDICAMENTO/ BIOLÓGICO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	HORA

INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TEMA	VISITA/CONSULTA			TEMA	VISITA/CONSULTA			TEMA	VISITA/CONSULTA		
	1RA.	2DA	3RA		1RA.	2DA	3RA		1RA.	2DA	3RA
INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD				PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICO UTERINO				SOBREPESO, OBESIDAD, DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENTORNO FAVORABLE A LA SALUD (VIVIENDA, ÁREAS DE TRABAJO, ESCUELAS)			
ENTREGA/O ACTUALIZA CARTILLA NACIONAL DE SALUD				SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO DEL NIÑO Y LACTANCIA MATERNA			
ALIMENTACIÓN CORRECTA				INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL, VIH/SIDA				PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS			
HIGIENE PERSONAL				CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA				CULTURA PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS			
ACTIVIDAD FÍSICA				ENVEJECIMIENTO SALUDABLE				CAPACITACIÓN A MADRES EN CUIDADO DEL MENOR DE 5 AÑOS			
SALUD BUCAL				PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES				PREVENCIÓN DE ACCIDENTES			
DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA				PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD PROSTÁTICA				INCORPORACIÓN A SESIONES O GRUPOS DE AYUDA MUTUA			
PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA				SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA (IRAS Y EDAS) A MADRES Y/O RESPONSABLES							

CODIGOS DEL (CMGPC) DE LAS GPCE APLICADAS:

OTROS PROGRAMAS			

NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERÍA	NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERÍA	NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERÍA
HORA TERMINO:	HORA TERMINO:	HORA TERMINO:
NOMBRE Y FIRMA DEL INMEDIATO SUPERIOR DE ENFERMERÍA	NOMBRE Y FIRMA DEL INMEDIATO SUPERIOR DE ENFERMERÍA	NOMBRE Y FIRMA DEL INMEDIATO SUPERIOR DE ENFERMERÍA

CONTROL DE LIQUIDOS

	7	8	9	10	11	12	13	TOTAL	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	TOTAL	TOTAL 24
VIA ORAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VIA PARENTERAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
MEDICAMENTOS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
TOTAL INGRESOS																												
INGRESOS	7	8	9	10	11	12	13	TOTAL	14	15	16	17	18	19	20	TOTAL	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	TOTAL	TOTAL 24
DIURESIS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
EVACUACIONES	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PERDIDAS INSENSIBLES	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
SUCCION GASTRICA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
TOTAL EGRESOS																												
UNICES																												
ASAR																												

PERIMETRO ABDOMINAL:

MEDICAMENTOS					
NOMBRE	DOSIS	VIA	HORA	DIAS	HORARIO

OXIGENOTERAPIA

PRODUCTO	No. DE UNIDAD	GPO. Y Rh	HORARIO		CANTIDAD ADMINISTRADA	SIGNOS VITALES ANTES	SIGNOS VITALES DURANTE	SIGNOS VITALES DESPUES	OBSERVACIONES
			INICIA	TERMINA					

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO

N.I.C. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO

N.O.C. RESULTADOS ESPERADOS

MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO

GRADO ACADEMICO: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

FIRMA: _____

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	Supuración de la herida		
Oxigenoterapia			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					

Terapia intravenosa

No.	Soluciones/NPT/Elementos Sanguíneos/Electrolitos	Duración	Inicio	Termino	Gotas por minuto

Medicación

Nombre genérico del medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía	Horarios		
				Matutino	Vespertino	Nocturno

Monitorización nutricional y líquidos via oral

Turno Matutino	Turno Vespertino	Turno Nocturno
Tipo de Dieta:	Tipo de Dieta:	Tipo de Dieta:
Observaciones:	Observaciones:	Observaciones:

Ingresos / Egresos

Hora		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
Ingresos (mililitros por hora)	Via oral																								
	Soluciones parenterales																								
	Sondas																								
	Medicamentos																								
	Elementos sanguíneos																								
	Otros																								
Total por turno																									
Egresos	Uresis																								
	Evacuaciones																								
	Sangrado																								
	Perdidas insensibles																								
	Vómito																								
	Drenajes																								
	Succión																								
Otros																									
Total por turno																									
Balance de líquidos en 24 horas		Ingresos							Egresos							Balance total									

Estudios de Laboratorio y Gabinete

Estudios	Turno Matutino	Turno Vespertino	Turno Nocturno
Exámenes de Laboratorio			
Estudios de diagnóstico por imagen			
Gasometría			
Interconsulta			
Otros			

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Hora	Turno Matutino	Hora	Turno Vespertino	Hora	Turno Nocturno

CODIGOS DEL (CMGPC) DE LAS GPCE APLICADAS						
---	--	--	--	--	--	--

PLAN DE ALTA / RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO

Signos y síntomas de alerta que ponen en riesgo la vida		Hora de egreso:
Ministración de medicamentos y reacciones adversas		Nombre y firma del Paciente / Familiar / Tutor que recibe las recomendaciones e información.
Control de citas		
Tipo de dieta		
Manejo correcto de procedimientos		
Hábitos higiénicos		
Ejercicio/recreación		
Ejercer sus valores y creencias		
Otros		

Responsable del cuidado	Turno Matutino	Turno Vespertino	Turno Nocturno
Nombre completo de enfermería			
Firma			
Nombre completo de autoridad inmediata de enfermería			
Firma			

**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