



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja



Ficha de Evolución Terapéutica de Rehabilitación

Diagnóstico :

Cama: _____

Evaluación :

T. Respiratoria ☐

T. Física ☐

T. Ocupacional ☐

T. de Lenguaje ☐

Nº de sesión: _____

Fecha _____

Hora _____

Descripción :

Sugerencias :

Responsable

Cama : _____

Evaluación :

T. Respiratoria ☐

T. Física ☐

T. Ocupacional ☐

T. de Lenguaje ☐

Nº de sesión: _____

Fecha _____

Hora _____

Descripción :

Sugerencias :

Responsable

Cama: _____

Evaluación :

T. Respiratoria ☐

T. Física ☐

T. Ocupacional ☐

T. de Lenguaje ☐

Nº de sesión: _____

Fecha _____

Hora _____

Descripción :

Sugerencias :

Responsable

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Servicio

Nº H. clínica





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Cama: _____	Evaluación : _____
T. Respiratoria <input type="checkbox"/>	Descripción : _____
T. Física <input type="checkbox"/>	_____
T. Ocupacional <input type="checkbox"/>	_____
T. de Lenguaje <input type="checkbox"/>	_____
Nº de sesión: _____	Sugerencias : _____
Fecha _____	_____
Hora _____	Responsable _____

Cama: _____	Evaluación : _____
T. Respiratoria <input type="checkbox"/>	Descripción : _____
T. Física <input type="checkbox"/>	_____
T. Ocupacional <input type="checkbox"/>	_____
T. de Lenguaje <input type="checkbox"/>	_____
Nº de sesión: _____	Sugerencias : _____
Fecha _____	_____
Hora _____	Responsable _____

Cama: _____	Evaluación : _____
T. Respiratoria <input type="checkbox"/>	Descripción : _____
T. Física <input type="checkbox"/>	_____
T. Ocupacional <input type="checkbox"/>	_____
T. de Lenguaje <input type="checkbox"/>	_____
Nº de sesión: _____	Sugerencias : _____
Fecha _____	_____
Hora _____	Responsable _____

Cama: _____	Evaluación : _____
T. Respiratoria <input type="checkbox"/>	Descripción : _____
T. Física <input type="checkbox"/>	_____
T. Ocupacional <input type="checkbox"/>	_____
T. de Lenguaje <input type="checkbox"/>	_____
Nº de sesión: _____	Sugerencias : _____
Fecha _____	_____
Hora _____	Responsable _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Servicio	Nº H. Clínica
------------------	------------------	---------	----------	---------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Salud del Niño - San BorjaHISTORIA CLÍNICA
UCI CARDIOLOGICACama N°
N° H. CL

II EXAMEN FISICO:		Fecha:	Hora:
Peso:	SC:	Perc. P/E:	Talla:
FC:	FR:	T°:	SatO2:
PA: Brazo Der:	Brazo Izq:	PA en una pierna:	Perc. PA:
1) EXAMEN GENERAL			
Ectoscopia:			
Piel y Faneras:			
Cianosis	SI ()	+/-4+	NO ()
Hipocratismo Digital	SI ()	NO ()	
TCSC:	Sistema Linfático:		
Sistema Locomotor:	Extremidades:		
2) EXAMEN REGIONAL:			
Cabeza:			
Cuello: Danza arterial:	SI ()	NO ()	Ingurg. Yug.: SI () NO ()
RHY:	SI ()	NO ()	
Aparato Cardiovascular:			
Inspección: Precordio Hiperdinámico SI () NO ()			
Tórax: Deformaciones SI () NO () Especificar:			
Abombamientos SI () NO () Especificar:			
Retracciones SI () NO () Circulación Colateral SI () NO ()			
Palpación: Choque de Punta: Localización:			
Impulso Ventricular: IVD () IVI () Frémito:			
Pulsos:			
Auscultación: Ruidos Cardíacos: Rítmicos () Arrítmicos ()			
1° Ruido:			
2° Ruido: Aumentado SI () NO () Desdoblado SI () NO ()			
3° Ruido:			
4° Ruido: Galope: SI () NO ()			
Soplos:			
Aparato Respiratorio:			
Abdomen:			
Genitourinario:			
Neurológico:			
III. EXAMENES AUXILIARES			
IV. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:			
Diagnóstico (s) Principal (es) Cardiovascular:			
CIE - 10			
CIE - 10			
CIE - 10			
Otros Diagnósticos:			
CIE - 10			
CIE - 10			
Clase Funcional:			
Diagnóstico Nutricional			
CIE - 10			

Firma y Sello Médico Asistente

Firma y Sello Jefatura

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Salud del Niño - San BorjaHISTORIA CLÍNICA
UCI CARDIOLOGICACama N°
N° H. CL

I. ANAMNESIS

1) FILIACIÓN

Apellidos y Nombres:

Edad: Años:

Meses:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento

Domicilio:

Teléfono

Nombre del Padre:

Grado de Instrucción

Nombre de la Madre:

Grado de Instrucción

Informante:

Fecha de ingreso al INSN-SB:

Procedencia:

Fecha de ingreso al Servicio:

Hora:

Fecha de H. Clínica:

2) ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de Enfermedad:

Inicio:

Curso:

Signos y Síntomas Principales:

Relato:

Cuadro Clínico Motivo de Ingreso:

Cuadro Clínico de Cardiopatía:

Tratamiento Recibido:

3) FUNCIONES BIOLÓGICAS

Apetito:

Sed:

Heces:

Sueño:

Orina:

4) ANTECEDENTES

FISIOLÓGICOS

Prenatales

N° DE Gestación:

CPN: SI () NO ()

N° de veces

Institución:

Eventualidades en el embarazo:

Natales:

Parto:

Eutócico ()

Distócico ()

Especificar Distocia:

Atención:

Domiciliaria ()

Institucional ()

Especificar:

Peso al nacer:

Talla:

Alojamiento Conjunto:

Llanto inmediato al nacer: SI () NO ()

Apgar: al 1':

a los 5':

Complicaciones:

SI () NO ()

Especificar:

Posnatales

A) Alimentación: LM Exclusiva () Lactancia artificial exclusiva () Lactancia mixta ()

Duración de la LME:

Edad de Inicio L. Artificial:

Edad de Inicio L. Mixta:

Edad de Inicio de Ablactancia:

B) Inmunizaciones: Completas () Incompletas () Especificar:

C) Desarrollo Psicomotor:

PATOLOGICOS:

A) Enfermedades anteriores/Cirugías Previas/Alergias/RAM/Transfusiones/Accidentes:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

SERVICIO

CAMA





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Salud del Niño - San Borja

JUNTA MÉDICA

Nombre de Paciente	Fecha	Hora
N° HC	Edad	Sexo
Servicio	N° de Cama	F. Ingreso

Participantes

Dr.	Servicio
Dr.	Servicio
Dr.	Servicio
Dr.	Servicio
Dr.	Servicio

Condición del Paciente

Resumen de la Atención

Tratamiento Recibido

Diagnóstico

CIE . 10

1		
2		
3		
4		

Alergias

Transfusiones

Cirugías previas

Soporte diagnóstico de imágenes, laboratorio y otros de interés especial:

Opinión Médica por Especialidad (Análisis)



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Av. La Rosa Toro 1350 - Urb. Jazarándá II
TELÉFONO: 51-1-2300500

Conclusiones

Diagnóstico

Tratamiento

Pronóstico

Plan de Trabajo

Firma y Sello de los Participantes



KARDEX DE ENFERMERÍA - UCI CARDIOVASCULAR

[illegible]



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Salud del Niño - San Borja



MONITORIZACIÓN DE ENFERMERÍA

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: _____ HC

DIAGNOSTICO: _____

N° CAMA _____

DX POST OP: _____

ALERGIAS: _____

APODERADO _____

PESO: _____

FECHA:								BALANCE HIDRICO												
SIGNOS VITALES								INGRESOS						EGRESOS						
HORA	T°	FR	FC	PA	SaO2	FI02	Glasgow	VO / Soada	TTO	TTO	Hemoderivado	infusiones	orina	heces	R.G.	Vomito	P.I	Otros	Observaciones	
								DL	DS	VO	EV									
7 - 8hrs																				
09hrs																				
10hrs																				
11hrs																			F.O 6 h:	
12hrs																			I:	
13hrs																			E:	
SUBTOTAL 6 HORAS																			BHE 6h:	
14hrs																				
15hrs																				
16hrs																				
17hrs																				
18hrs																			I:	
19hrs																			E:	
SIBTOTAL 12 HORAS																			BHE 12h:	
20hrs																				
21hrs																			JHGF4	
22hrs																				
23hrs																				
24hrs																				
00hrs																				
02hrs																				
03hrs																				
04hrs																				
05hrs																				
06hrs																			BHE 12h:	
07hrs																			I:	
SUBTOTAL 12 HORAS																			E:	
SUBTOTAL 24 HORAS																				BHE 24h:

TURNO MAÑANA	ENFERMERA RESPONSABLE	TURNO TARDE	TURNO NOCHE





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Plan de Trabajo Hospitalizados Quemados - Medicina Física y Rehabilitación

Fase de RHB :	_____	Terapia :	TF	<input type="checkbox"/>	TR	<input type="checkbox"/>	TL	<input type="checkbox"/>	TO	<input type="checkbox"/>
Fecha Evaluación :	_____	Cama:	_____							
Evaluación :	_____ _____ _____									
Objetivos :	_____ _____ _____									
Observaciones :	_____ _____ _____									

Fase de RHB :	_____	Terapia :	TF	<input type="checkbox"/>	TR	<input type="checkbox"/>	TL	<input type="checkbox"/>	TO	<input type="checkbox"/>
Fecha Evaluación :	_____	Cama:	_____							
Evaluación :	_____ _____ _____									
Objetivos :	_____ _____ _____									
Observaciones :	_____ _____ _____									

Fase de RHB :	_____	Terapia :	TF	<input type="checkbox"/>	TR	<input type="checkbox"/>	TL	<input type="checkbox"/>	TO	<input type="checkbox"/>
Fecha Evaluación :	_____	Cama:	_____							
Evaluación :	_____ _____ _____									
Objetivos :	_____ _____ _____									
Observaciones :	_____ _____ _____									

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Edad	Servicio	N° H. Clínica
------------------	------------------	--------	------	----------	---------------

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Av. La Rosa Toro 1399 - Urb. Jacarandá II
TELÉFONO: 51-1-2300600



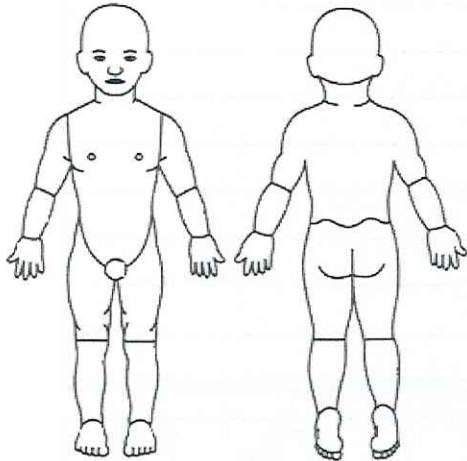


PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Plan de Trabajo Hospitalizados Quemados - Medicina Física y Rehabilitación

Diagnóstico: _____



Procedencia : _____

Agente Causal : _____

Fecha de Lesión : _____

Fecha de ingreso : _____

Gravedad y ext. : _____

Fecha y Tipo : _____

de Intervención : _____

Fase de RHB :	_____	Terapia :	TF	<input type="checkbox"/>	TR	<input type="checkbox"/>	TL	<input type="checkbox"/>	TO	<input type="checkbox"/>
Fecha Evaluación :	_____	Cama:	_____							
Evaluación :	_____									

Objetivos :	_____									

Observaciones :	_____									

Fase de RHB :	_____	Terapia :	TF	<input type="checkbox"/>	TR	<input type="checkbox"/>	TL	<input type="checkbox"/>	TO	<input type="checkbox"/>
Fecha Evaluación :	_____	Cama:	_____							
Evaluación :	_____									

Objetivos :	_____									

Observaciones :	_____									



Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Servicio	Nº H. Clínica
------------------	------------------	---------	----------	---------------



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

.... Av. La Rosa Toro 1399 - Urb. Jicarandá II

TELÉFONO: 51-11-800600

RECORD DE DIÁLISIS PERITONEAL

FECHA: _____ DIÁLISIS N° _____

NOMBRE: _____

Nro. H.C. _____ Nro. Cama _____

DIAGNÓSTICO: _____ EDAD: _____

TRATAMIENTO: _____

PESO INICIAL: _____ PESO FINAL: _____

[illegible]



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Plan de Trabajo Hospitalizados - Medicina Física y Rehabilitación

Diagnóstico: _____

Evaluación N°	:	_____	Terapia :	TF	<input type="checkbox"/>	TR	<input type="checkbox"/>	TL	<input type="checkbox"/>	TO	<input type="checkbox"/>
Fecha Evaluación	:	_____	Sesiones :	_____							
Evaluación	:	_____ _____ _____									
Objetivos	:	_____ _____ _____ _____ _____									
Observaciones	:	_____ _____ _____ _____									

Evaluación N°	:	_____	Terapia :	TF	<input type="checkbox"/>	TR	<input type="checkbox"/>	TL	<input type="checkbox"/>	TO	<input type="checkbox"/>
Fecha Evaluación	:	_____	Sesiones :	_____							
Evaluación	:	_____ _____ _____									
Objetivos	:	_____ _____ _____ _____ _____									
Observaciones	:	_____ _____ _____ _____									

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Edad	Servicio	N° Cama	N° H. Clínica
------------------	------------------	---------	------	----------	---------	---------------





PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud
del Niño - San Borja

Plan de Trabajo Hospitalizados - Medicina Física y Rehabilitación

Evaluación N°	:	_____	Terapia :	TF	<input type="checkbox"/>	TR	<input type="checkbox"/>	TL	<input type="checkbox"/>	TO	<input type="checkbox"/>
Fecha Evaluación	:	_____	Sesiones :	_____							
Evaluación	:	_____ _____ _____									
Objetivos	:	_____ _____ _____ _____ _____									
Observaciones	:	_____ _____ _____									

Evaluación N°	:	_____	Terapia :	TF	<input type="checkbox"/>	TR	<input type="checkbox"/>	TL	<input type="checkbox"/>	TO	<input type="checkbox"/>
Fecha Evaluación	:	_____	Sesiones :	_____							
Evaluación	:	_____ _____ _____									
Objetivos	:	_____ _____ _____ _____ _____									
Observaciones	:	_____ _____ _____									



Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Edad	Servicio	N° Cama	N° H. Clínica
------------------	------------------	---------	------	----------	---------	---------------

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja
La Rosa Toro 1299 - Urb. Jacarandá II
TELÉFONO: 51-1-2300600



REGISTRO DE ENFERMERIA EN URPA

FECHA: ____/____/____ HORA DE INGRESO:

N°CAMA:

N° Historia Clínica:

Nombres y apellidos:

Edad:

Peso:

Diagnóstico postoperatorio:

Cirugía o procedimiento realizado:

Anestesia: local () general () sedación () otro especificar:

Antecedentes: no () diabetes () hepatitis () VIH () otro especifique:

Alergia: no () si () especifique:

Enfermera URPA:

Anestesiólogo URPA:

Condición del paciente: Ambulatorio ()

Hospitalizado ()

SAT O2 % PA V A Pulso Resp. ° T°	15 30 45 15 30 45 15 30 45	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	ESCALA DE DOLOR FLACC: 1 mes - 3 años		ING	ALT	ESCALA DE DOLOR DE CARAS >3 años
			Cara	Relajada, expre. neutra (0p) Arruga nariz (1p) Mandíbula tensa (2p)			
			Piernas	Relajada (0p) Inquieta (1p) Golpea con los pies (2p)			
			Activid.	Acostado y quieto (0p) Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas (1p) Rígido (2p)			
			Llanto	No llora (0p) Se queja, gime (1p) Llanto fuerte (2p)			
			Capac. de consuelo	Satisfecho (0p) Puede distraerse (1p) Dificultad consolarlo (2p)			
			TOTAL				
				0: No dolor 1-3: Dolor leve 4-6: Dolor moderado 6-8: Dolor intenso 9-10: Dolor máximo			
				ESCALA DE ALDRETE MODIFICADO	Ingreso	Alta	
				TOTAL			

I. VALORACION DE ENFERMERIA POR DOMINIOS

Datos subjetivos:

Datos objetivos:

1. DOMINIO 2: Nutrición

1.1. Piel y mucosas: Húmeda y turgente () Seca ()

1.2. Abdomen: Distendido () Depresible () Doloroso ()

1.3. Vómitos: Ausentes () Presentes ()

1.4. SNG/SOG: Alimentación () Drenaje () no aplica ()

Aspecto drenaje: Bilioso () Porraceo () Fecaloides ()

Otro () especificar: No aplica ()

1.5. Drenajes: Laminar () Penrose () Torácico ()

Otro () especificar: No aplica ()

2. DOMINIO 3: Eliminación

2.1. Diuresis: S. foley () S. nelaton () Espontáneo ()

Aspecto diuresis: Clara () Hemática () Colúrica ()

Turbia () Otro () especificar: Ninguno ()

2.2. Colostomía () otro () Ninguno ()

2.3. Vía Aérea: Tubo endotraqueal () Tubo traqueostomía ()

Tubo orofaríngeo ó mayo () Espontáneo ()

2.4. Vía aérea: permeable () tos () secreción ()

ruidos respiratorios anormales ()

2.5. Oxigenoterapia: Cánula binasal () Máscara de reservorio ()

otro () especificar: Ninguno ()

3. DOMINIO 4: Actividad / Reposo

3.1. Piel: Rosada () Palida () Cianótica () Ictérica ()

3.2. Edema: Presente () Ausente ()

Lugar:

3.3. Ventilación: Rítmica () Disnea () Tiraje ()

3.4. Pupilas: Reactivas () No reactivas ()

4. DOMINIO 5: Percepción/cognición

4.1. Conciencia: Completamente despierto () Responde al llamado ()

No responde ()

4.2. Reacción de la familia: Aceptación () Rechazo ()

Indiferente () Preocupado ()

5. DOMINIO 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

5.1. Dormido () Calmado () Irritable ()

Agresivo () Apático ()

6. DOMINIO 11: Seguridad / Protección

6.1. Úlcera de presión: Presente () Ausente ()

Zona:

6.2. Piel: Tibia () Caliente () Fría ()

6.3. Incisión Qx: Apósito transparente () gases cubiertas ()

Vendajes () Otro () especificar: no aplica ()

Caract.: Limpio/ seco () Parcialmente c/ sangre ()

Totalmente c/ sangre () ninguno ()

6.4. Presencia de vías invasiva: CVC () Flebotomía () PICC ()

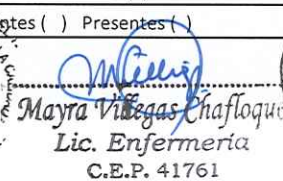
CVP () Catéter port () Ninguno () otro:

7. DOMINIO 12: Confort

7.1. Dolor: No dolor () Dolor leve () Dolor moderado ()

Dolor intenso () Dolor máximo ()

7.2. Náuseas: Ausentes () Presentes ()



[illegible]

SERVICIO: ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS 5TO - ESTE[illegible]

Av. Agustín de la Rosa Torro N° 1399 – San Borja – Lima 41

Telefono 2300600


www.insnsb.gob.pe

Perú María

Valverde Bejar



UNIDAD DE DONACIÓN Y TRASPLANTE
insm
V°B°



ITEM / FECHA					
PROGRAMADO PARA SOP					
PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA	CFV - OSA - BHE				
	Colocación de vía periférica				
	Recanalización de vía				
	Colocación SOG/SNG				
	Cuidados de eritema de pañal				
	Curación de CVC				
	Aspiración de secreciones				
	Cuidado de drenaje / volumen por turno				
LABORATORIO					
IMÁGENES					
INTERCONSULTAS					
CHATULAS					

