



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Ficha de Evolución Terapéutica de Rehabilitación

Diagnóstico : _____

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. clinica
------------------	------------------	---------	----------	---------------





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto 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. Clinica



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
 Av. La Rosa Toro 1399 - Urb. Jacaranda II
 TELÉFONO: 51-1-2389600



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



HISTORIA CLÍNICA
UCI CARDIOLOGICA

Cama N°
N° H. CL

II EXAMEN FISICO: Fecha: Hora:
Peso: SC: Perc. P/E: Talla: Perc. T/E: Perc. P/T:
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 Cardiacos: 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

Administrative section containing fields for APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, and various official stamps and signatures.



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



HISTORIA CLÍNICA UCI CARDIOLÓGICA

Cama 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



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



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto 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 _____

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 1354 - Urb. Jagaránd II
 TELÉFONO: 51-1-2300600

Conclusiones

Diagnóstico

Tratamiento

Pronóstico

Plan de Trabajo

Firma y Sello de los Participantes



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA
Av. La Rosa Tercera 1399 - Urb. Jacaranda II
TELEFONO: 51-1-2300600



MONITORIZACIÓN DE ENFERMERÍA

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ EDAD: _____ HC _____
 DIAGNOSTICO: _____ N° CAMA _____
 DX POST OP: _____ ALERGIAS: _____
 APODERADO _____ PESO: _____

FECHA:										BALANCE HIDRICO														
SIGNOS VITALES										INGRESOS					EGRESOS					Observaciones				
HORA	T°	FR	FC	PA	SaO2	FIO2	Glasgow	VO / Soada		TTO	TTO	Hemoderivado	infusiones		orina	heces	R.G.	Vomito	P.I		Otros			
								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																								
19hrs																					I:			
SIBTOTAL 12 HORAS																						E:		
20hrs																					BHE 12h:			
21hrs																					I:			
22hrs																					E:			
23hrs																					BHE 12h:			
24hrs																					JHGF4			
00hrs																								
02hrs																								
03hrs																								
04hrs																								
05hrs																								
06hrs																					BHE 12h:			
07hrs																					I:			
SUBTOTAL 12 HORAS																						E:		
SUBTOTAL 24 HORAS																								BHE 24h:
TURNO MAÑANA										ENFERMERA RESPONSABLE					TURNO NOCHE									
										TURNO TARDE														





NOTAS DE ENFERMERIA

TURNO DIURNO: FECHA:

DX. DE ENFERMERIA:

METAS - INTERVENCIONES:

NOMBRE DE LA ENFERMERA FIRMA Y SELLO

TURNO NOCTURNO: FECHA:

DX. DE ENFERMERIA:

METAS - INTERVENCIONES:

FIRMA Y SELLO

PACIENTE: HCL:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres Servicio Cama





PERÚ

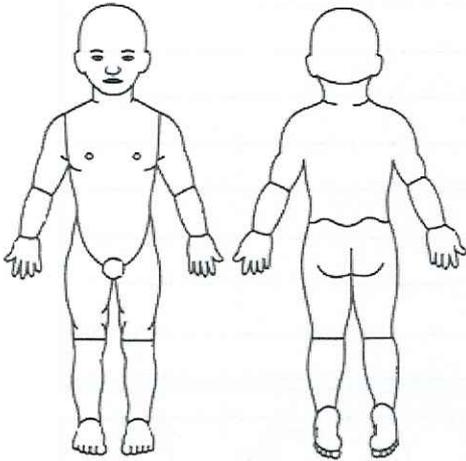
Ministerio de Salud

Instituto 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 TR TL TO

Fecha Evaluación : _____ Cama: _____

Evaluación : _____

Objetivos : _____

Observaciones : _____

Fase de RHB : _____ Terapia : TF TR TL TO

Fecha Evaluación : _____ Cama: _____

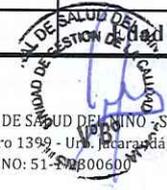
Evaluación : _____

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
 TELEFONO: 51 - 744 800600



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Plan de Trabajo Hospitalizados - Medicina Física y Rehabilitación

Diagnóstico: _____

Evaluación N° : _____ Terapia : TF TR TL TO
 Fecha Evaluación : _____ Sesiones : _____
 Evaluación : _____

 Objetivos : _____

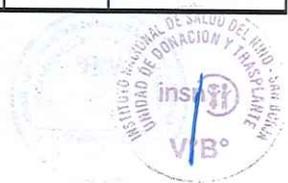
 Observaciones : _____

Evaluación N° : _____ Terapia : TF TR TL TO
 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 Toros 399 Urb. La Fronda II
 TELÉFONO: 511-2300500



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



Plan de Trabajo Hospitalizados - Medicina Física y Rehabilitación

Evaluación N° : _____ Terapia : TF TR TL TO

Fecha Evaluación : _____ Sesiones : _____

Evaluación : _____

Objetivos : _____

Observaciones : _____

Evaluación N° : _____ Terapia : TF TR TL TO

Fecha Evaluación : _____ Sesiones : _____

Evaluación : _____

Objetivos : _____

Observaciones : _____



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





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



TERAPIA DE ENFERMERÍA - HOSPITALIZACIÓN CARDIOQUIRURGICA

APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	ALERGIAS	N° CAMA
DX MEDICO	PESO/TALLA	FECHA INGRESO	FECHA CX
		FECHA REINGRESO	
FECHA			
PESO			
DIETA			
INFUSIONES			
MEDICAMENTOS EV			
FIRMA / SELLO DE ENFERMERA RESPONSABLE			



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					

