



IDENTIFICACION DEL PACIENTE																															
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRES				N° DE HISTORIA CLÍNICA																			
Días		Meses		Años		FEM	MAS																								
EDAD				SEXO				SERVICIO				SALA O CUARTO				NUMERO DE CAMA															
EVALUACION PRE ANESTESICA																															
FEHCA				TALA (cms)				PESO (Kgs)				ESTADO FISICO ASA				ANESTESIAS PREVIAS															
Día		Mes		Año		Hora						1 2 3 4 5 U																			
HB	HCTO	LEUCO	PMN	LINFO.	PLAQ.	GRUPO S.	RH	TP	TPT	Glicemia	Creatinina	BUN	P. DE O.																		
ANTECEDENTES	HTA		Alérgicos		Ictéricos		Hemorrágicos		TBC		Venereas		Asma		Diabetes		Fuma		Bebe		Drogas		Convulsivo		Otros						
EXAMEN FISICO				T°				F.R.				F.C.				T.A.															
FACILIDAD				INT IOT				SI ___ NO ___				SI ___ NO ___				Vía aérea:				Dientes:				Cuello:				Columna:			
E.C.G.																															
P.F.R.																															
TIPO				Prefiere		Acepta		Rechaza		ESTADO PSICOLOGICO				Imágenes Dx.																	
Regional										Tranquilo																					
Epidural										Deprimido																					
Sub aracnoidea										Ansioso																					
General										Angustiado																					
										Excitado																					
										Necesita Sangre				OTROS DERIVADOS				CANTIDAD													
										SI ___ NO ___								CC													
DIAGNOSTICO																SE PUEDE INTERVENIR				SI ___ NO ___											
OPERACIÓN PROPUESTA																ANESTESIOLOGO															
POST OPERATORIO SALA DE RECUPERACION																FECHA		DD	MM	AA											
POSICION								DROGAS Y LIQUIDOS				TEST DE ALDRETE																			
Respiración E.A.C.												HORA																			
42				20				1.				ACTIVIDAD																			
190								2.				RESPIRACION																			
18								3.				CIRCULACION																			
40				170				4.				CONCIENCIA																			
16								5.				COLOR																			
38				150				6.				TOTAL																			
14								7.				COMENTARIOS																			
36				130				8.																							
12								9.																							
34				110				10.																							
10								11.				TOTAL INGRESOS				TOTAL EGRESOS															
32				90				12.				1		ml		1		DIURESIS		ml											
8								13.				2		ml		2		VOMITO		ml											
30				70				14.				3		ml		3		HEMORRAGIA		ml											
6								15.				4		ml		4				ml											
28				50				16.				5		ml		5				ml											
4																															
26				30																											
2																															
10																															
NOTAS				Use No. clave y dosis																											
HORA SALIDA				JEFE O RESPONSABLE DE RECUPERACION				ANESTESIOLOGO																							



