

	REGISTRO		
	SOLICITUD DE CAMA		
Código	Fecha de emisión	Número de revisión	Página
06.03.20	01-08-2017	1	2 de 2

Deterioro cognitivo: SI/NO. GRADO: _____
 Patología psiquiátrica: SI/NO. Tratamiento actual: _____
 Utiliza pañales: SI/NO
 Requiere Oxígeno actualmente : SI/NO
 Subheparinización: SI/NO continua: _____
 Anticoagulación: SI/NO
 Disfagia orofaríngea: SI/NO:
 Alimentación: Oral- Enteral: _____ Estudios: _____

DATOS DE LABORATORIO

FECHA	__/__/__	FECHA	__/__/__
Hb		pH	
Hto		PO2	
Leuc		PCO2	
ERS		HCO3	
Urea		Sat. O2	
Creatinina		FiO2	
Glucemia		Fal	
Proteínas		TG O TPG	
Albumina			

HISOPADO PARA KPC Y EVR: _____ FECHA / /
 HISOPADO COVID 19 ANTIGENO: _____ FECHA / /

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

Cirugías: SI/NO. Fecha: __/__/__ Comentarios:
 Traqueostomía: SI/NO. Actualmente: _____
 Sonda vesical: SI/NO: Actualmente: _____

MEDICACION ACTUAL (dosis, intervalo):

FECHA: __/__/__

FIRMA Y SELLO MEDICO