		Nº HISTORIA CLINICA
CONTROL DE LIQUIDOS	**APELLIDOS**	**NOMBRES**
FECHA DE INICIACION _____	**CAMA**	**SERVICIO**

ADMINISTRADOS						**EVACUADOS**		
FECHA	**HORA**	**CANTIDAD C.C**		**VIA**	**CLASE**	**HORA**	**CANTIDAD C.C**	**VIA**
		INICIADOS	**TERMINADOS**					