



ASOCIACION PARA LA EDUCACION INTEGRAL EN SALUD

CONTROL DE SIGNOS VITALES

HISTORIA CLINICA Nº

NOMBRE:	SERVICIO:	
	CAMA:	EDAD:

FECHA	HORA	T	T.A.	F.C.	F.R.	PESO SEGÚN NECESIDAD	NOMBRE LEGIBLE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA EL CONTROL

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta, somnolencia, coma, convulsiones, sueño, normal. OBSERVACIONES: Presencia de reflejo de Succión, intensidad y presencia de llanto.