



### TRASLADO DE ENFERMERIA PACIENTE HOSPITALIZADO



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_ **N° CONTACTO:** \_\_\_\_\_  
**RUT:** \_\_\_\_\_ **FICHA:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_  
**DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_ **UNIDAD:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE INGRESO:** \_\_\_\_\_ **PREVISIÓN:** \_\_\_\_\_  
**MOTIVO DEL TRASLADO:** \_\_\_\_\_ **DESTINO:** \_\_\_\_\_  
**MEDICO QUE RECEPCIONA EL TRASLADO:** \_\_\_\_\_  
**FECHA Y HORA DEL TRASLADO:** \_\_\_\_\_

CONTROL DE SIGNOS VITALES							
HORA	P/A	FC	FR	T°	SAT	EVA	HGT

EVALUACION NEUROLOGICA	
HORA	GLASGOW

MEDICAMENTOS	DOSIS	VIA	HORARIO	DIAS

SUERO	HORARIO	TRANSFUSION	HORARIO

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS							
FECHA INSTALACION	VVP	CVC	SF	DRENAJES	TET	SNG	OTROS

IAAS: SI (especifique agente y lugar): \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

EVOLUCION DE ENFERMERIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PENDIENTES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SE ADJUNTA:**

EX SANGRE		ECOGRAFIA		CORONARIOS	
RADIOGRAFIA		ECG		RESUMEN MEDICO	
SCANNER		PCR COVID		ADR	
COLACION		IC		OTROS	

**NOMBRE Y FIRMA ENFERMERA(O)**