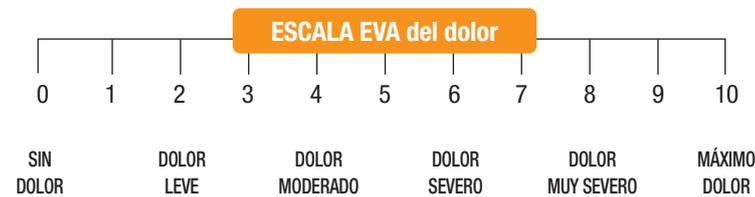


REGISTRO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON COVID-19

Diagnóstico	Fecha:	Cama:
Alergias:	Nombre del paciente:	
Comorbilidades previas:	Etiqueta del paciente	
• Hipertensión arterial: SI / NO	Enf. Pulmonar SI / NO	
• Anticoagulación SI / NO	Insuficiencia respiratoria SI / NO	
• Diabetes: SI / NO	Inmunosupresor SI / NO	

	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Enfermera responsable: (Firma legible)			

	MAÑANA		TARDE		NOCHE	
	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
TEMPERATURA						
TENSIÓN ARTERIAL						
FREC. CARDIACA						
FREC. RESPIRATORIA						
OXIGENOTERAPIA	GN / MASC					
	Flujo	Flujo	Flujo	Flujo	Flujo	Flujo
FATIGA	SI / NO					
CLUCEMIA						
DOLOR						
GASGLOW						



		MAÑANA	TARDE	NOCHE	BALANCE HÍBRIDO
INGESTA	LÍQUIDOS				
	OTROS				
PÉRDIDAS	DIURESIS				
	HECES				
	OTROS				
REGISTROS	VÍAS				
	SONDAS				

ESCALA GASGLOW

Respuesta apertura ocular	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
A estímulo doloroso	2
No hay respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientada	5
Confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incompresibles	2
No hay respuesta	1
Mejor respuesta motora	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Retira al dolor	4
Flexión anormal	3
Respuesta en extensión	2
No movimientos	1

