



Control semanal de signos vitales

Una hoja por residente y semana · Decreto 20, arts. 19 g) y 29 e)

RESIDENTE

RUT

EDAD

HABITACIÓN

SEMANA: DEL / AL

DIAGNÓSTICOS

ALERGIAS

MÉDICO TRATANTE

PLANIFICACIÓN INDICADA

Control	Presión arterial	Frec. cardíaca	Frec. respiratoria	Temperatura	Saturación O2	Hemoglucotest	Dolor (EVA 0-10)	Peso
Frecuencia								
Horarios								
Avisar si (indica el médico)								

REGISTRO DE LA SEMANA

Control	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Hora del control														
PA (mmHg)														
FC (lpm)														
FR (rpm)														
T° (°C)														
SatO2 (%)														
HGT (mg/dL)														
Dolor (EVA)														
Responsable														

Registra cada control en su día y turno. Si un valor está fuera del rango indicado por el médico, avisa al profesional de turno y déjalo en Observaciones. Toma los signos vitales el técnico de enfermería o, cuando no está, el cuidador con entrenamiento certificado (Decreto 20, art. 19 letra g). Esta hoja va en la carpeta personal (art. 29 letra e).

OBSERVACIONES DE LA SEMANA

Fecha	Observación	Responsable