|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TRASLADADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EPS:** | SI: NO: NO SABE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **CUAL** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | RH | | |  | |
| **VALORACION POR ENFERMERIA DE INGRESO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SIGNOS VITALES** | | | | | | **T.A** | | | | |  | | | | | | **F.C** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | **F.R** | | | | | | |  | | | | | | | | | **SpO2** | | | | |  | | | | | **T°** | | | | |  |
| **ESTADO MENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALERTA** | | | SI NO | | | | | | | | | | **ORIENTADO** | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | **IRRITABLE** | | | | | | | | | | | | SI | | | | | | | | | | | **APATICO** | | | | | | | | SI NO | | | |
| **PERSONA** | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | **TIEMPO** | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ESPACIO** | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | |
| **VALORACION FISICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CABEZA NORMAL** | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **NODULOS** | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | **DOLOR A LA PALPACION** | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | |
| **HERIDAS/LESIONES** | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **CUALES** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PUPILAS NORMALES** | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | **DILATADAS** | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | **PUNTIFORMES** | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | |
| **MUCOSAS HIDRATADAS** | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | **NORMALES** | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **HERIDA/LESION** | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | |
| **CUAL** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OIDOS PERMEABLES** | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **HERIDA/LESION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | **CUAL** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **LENGUAJE CLARO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **MOTIVO** | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | **CUELLO NORMAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | **HERIDAS/LESIONES** | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | |
| **CUAL** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TORAX NORMAL** | | | | | | | | | | SI NO | | | | |
| **HERIDAS/LESIONES** | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | **CUALES** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ABDOMEN NORMAL** | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | **DOLOROS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | **HERIDA/LESION** | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | |
| **CUAL** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | **MOTIVO** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXTREMIDADES INFERIORES INTEGRAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | **MOTIVO** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VALORACION POR ENFERMERIA DE EGRESO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ESTADO MENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALERTA** | | | SI NO | | | | | | | | | | **ORIENTADO** | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | **IRRITABLE** | | | | | | | | | | | | SI | | | | | | | | | | | **APATICO** | | | | | | | | SI NO | | | |
| **PERSONA** | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | **TIEMPO** | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ESPACIO** | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | |
| **VALORACION FISICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CABEZA NORMAL** | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **NODULOS** | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | **DOLOR A LA PALPACION** | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | |
| **HERIDAS/LESIONES** | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **CUALES** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PUPILAS NORMALES** | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | **DILATADAS** | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | **PUNTIFORMES** | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | |
| **MUCOSAS HIDRATADAS** | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | **NORMALES** | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **HERIDA/LESION** | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | |
| **CUAL** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OIDOS PERMEABLES** | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **HERIDA/LESION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | **CUAL** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **LENGUAJE CLARO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | **MOTIVO** | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | **CUELLO NORMAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | **HERIDAS/LESIONES** | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | |
| **CUAL** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TORAX NORMAL** | | | | | | | | | | SI NO | | | | |
| **HERIDAS/LESIONES** | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | **CUALES** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ABDOMEN NORMAL** | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | **DOLOROS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | **HERIDA/LESION** | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | |
| **CUAL** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MOVILIDAD ARTICULAR ADECUADA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | **MOTIVO** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EXTREMIDADES INFERIORES INTEGRAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI NO | | | | | | | | | | | | | | | | | **MOTIVO** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EL TRASLADADO MANIFIESTA QUE TODOS LOS PROCESOS DE VALORACION REALIZADOS POR EL AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL CTP SE DIERON DE LA MEJOR MANERA Y EN CUMPLIMIENTO A LA LEY ATENDIENDO A FACTORES DE RESPETO DE LOS DERECHOS HUMANOS Y CUIDADO A LA SALUD INTEGRAL DEL TRASLADADO.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA TRASLADADO** | | | | | | | | **CEDULA** | | | | | | | | | | | | | | | | | **HUELLA** | | | | | | | | | | | **F. AUX. ENFERMERIA QUE INGRESA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **F. AUXILIAR ENFERMERIA QUE EGRESA** | | | | | | | | | | | | |