|  |
| --- |
| **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** |