



HOSPITAL DE MUÑECOS

FICHA DE PACIENTES

NOMBRE _____

PESO _____ TALLA _____ EDAD _____

NÚMERO DE PACIENTE _____ TEMPERATURA _____

TENSIÓN ARTERIAL _____ FRECUENCIA CARDIACA _____

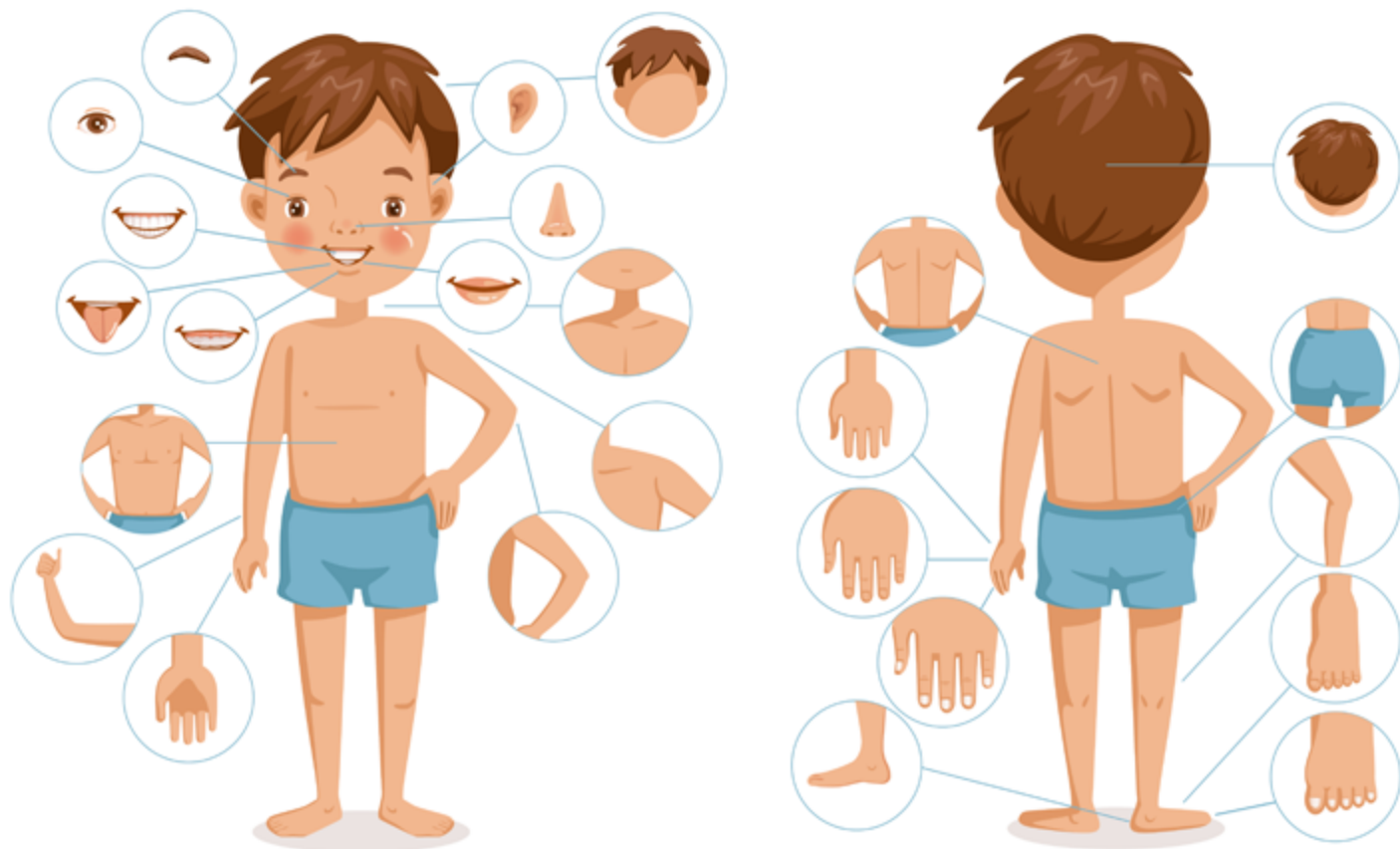


CHICA

CHICO

SÍNTOMAS DEL PACIENTE

(marca donde le duele)



OTROS SÍNTOMAS

FIEBRE VÓMITOS GRANITOS PICOR TOS FRÍO



HOSPITAL DE MUÑECOS

FICHA DE PACIENTES

NOMBRE _____

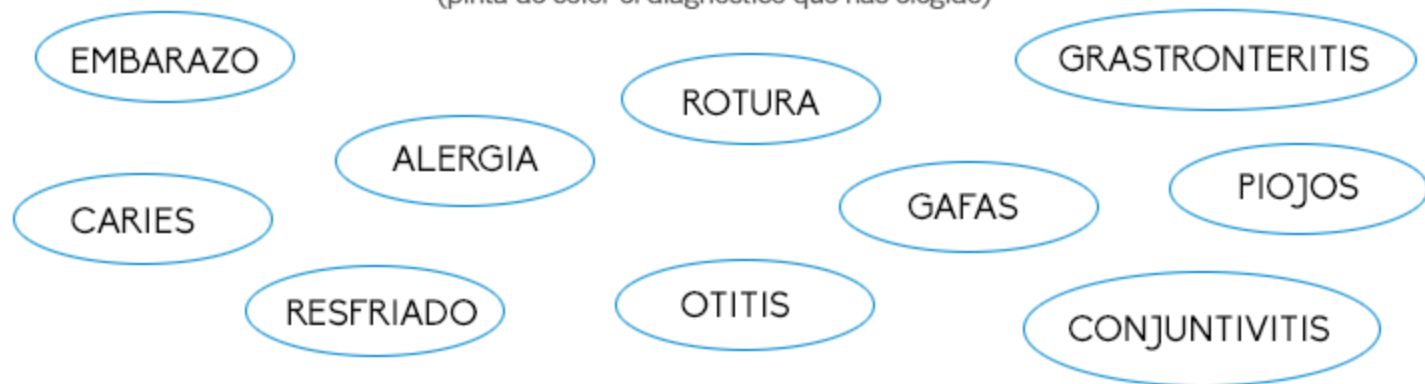
PRUEBAS

(marca las pruebas que vas a hacerle)

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> RAYOS X | <input type="checkbox"/> ANÁLISIS DE ORINA | <input type="checkbox"/> ANÁLISIS DE SANGRE |
| <input type="checkbox"/> ECOGRAFÍA | <input type="checkbox"/> REVISIÓN DE BARRIGA | <input type="checkbox"/> REVISIÓN DE CORAZÓN |
| <input type="checkbox"/> REFLEJOS | <input type="checkbox"/> REVISIÓN DE GARGANTA | <input type="checkbox"/> PRUEBA DE EMBARAZO |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> REVISIÓN DE OJOS | <input type="checkbox"/> REVISIÓN DE OIDOS |

DIAGNÓSTICO

(pinta de color el diagnóstico que has elegido)



TRATAMIENTOS

(recorta y pega los tratamientos de la hoja de recortables)

FIRMA DEL MÉDICO



HOSPITAL DE MUÑECOS

CARNETS

CARNET DE MÉDICO

NOMBRE

FIRMA _____



CARNET DE PACIENTE

NOMBRE

NÚMERO DE PACIENTE



CARNET DE ENFERMERA

NOMBRE

FIRMA _____





HOSPITAL DE MUÑECOS

FOTOS DE CARNET



TRATAMIENTOS





HOSPITAL DE MUÑECOS

FOTOS DE PACIENTES





HOSPITAL DE MUÑECOS

E

F P

T O Z

L P E D

P E C F D

E D F C Z P

F E L O P Z D

D E F P O T E C

L E F O D P C T

F D P L T C E O

P E Z O L C F T D



**SALA
DE ESPERA**



QUIRÓFANO



**SALA
DE CURAS**



ZONA RX

