



OPD Servicios de Salud del Municipio de Zapopan

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

DÍA

MES

AÑO

GÉNERO: MUJER () HOMBRE () CAMA: _____ EXPEDIENTE: _____

SERVICIO: _____

ESPECIALIDAD: _____

DATOS DE INGRESO

FECHA DE INGRESO : _____ HORA DE INGRESO: _____

DÍA

MES

AÑO

TIPO DE SANGRE: _____ MÉDICO: _____

ALÉRGICO A: _____

IDIOMA O LENGUA: _____

VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

ESCALA DE MORSE PARA VALORAR EL RIESGO DE CAÍDA



VERDE

AMARILLO

ROJO

SIN RIESGO

RIESGO BAJO

RIESGO ALTO

TIPO DE AISLAMIENTO

ROJO AMARILLO VERDE AZUL

AISLAMIENTO ESTÁNDAR

Por seguridad de tus pacientes, RECUERDA aplicar alcohol en gel antes de entrar y salir de esta habitación

AISLAMIENTO POR CONTACTO

Por seguridad de tus pacientes, RECUERDA aplicar alcohol en gel antes de entrar y salir de esta habitación

AISLAMIENTO POR GOTAS

Por seguridad de tus pacientes, RECUERDA aplicar alcohol en gel antes de entrar y salir de esta habitación

AISLAMIENTO AÉREO

Por seguridad de tus pacientes, RECUERDA aplicar alcohol en gel antes de entrar y salir de esta habitación

PUNTAJE ESCALA EVA

ESCALA DE INTENSIDAD DEL DOLOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NO DOLOR — LEVE — MODERADO — SEVERO — INSOPORTABLE



Ciudad de las niñas y niños