# INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES
# KARDEX DE URGENCIAS

NOMBRE DEL PACIENTE AFILIAICIÓN FECHA DE ADMISIÓN EDAD SEXO EDO CIVIL

| MEDICAMENTO | VIA | DOSIS | HORARIO | CUIDADOS O TRATAMIENTOS ESPECIALES | HORARIO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| **SOLUCIONES IV** | | | | **EXAMENES DE LAB Y RX** | **BAÑO** |
| | | | | | **DIETA** |
| | | | | | **ACT.** |
| | | | | | **DEXT.** |
| | | | | | **RIESGO DE CAIDA** |
| | | | | | |

DIAGNOSTICO MÉDICO

VAL. DOLOR

0-2 3-4 5-6 6-7 8-9 10