



**MOVICARE EMERGENCIAS**  
**Traslado Pacientes Críticos**  
**Teléfono : (56 2) 2 946 0900**  
**Andres de Fuenzalida 22 Oficina # 704 Providencia.**  
**Santiago - Chile**

Ficha

**EPICRISIS DE ENFERMERIA**

**LUGAR DE NACIMIENTO**

Nombre del RN: \_\_\_\_\_

Nombre Madre: \_\_\_\_\_

Nombre Padre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de Egreso: \_\_/\_\_/\_\_

Edad al egreso: \_\_\_\_\_ días. EG alta: \_\_\_\_\_

Emb. Multiple: \_\_\_\_\_ Gemelar N° \_\_\_\_\_

**TELEFONOS PADRES:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

**RECIEEN NACIDO**

**PARTO**

Sufrimiento Fetal: \_\_\_\_\_

Tipo de Parto: \_\_\_\_\_

Presentación: \_\_\_\_\_

Apgar: \_\_\_\_ 1": \_\_\_\_ 5": \_\_\_\_

**REANIMACIÓN**

Oxigeno Si No

Vent. Mascarilla Si No

Intubación Si No

Masaje cardiaco Si No

Adrenalina Si No

Peso: \_\_\_\_ grs. Pediatra: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_ cms. Sexo: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_ cms. EG: \_\_\_\_ sem \_\_\_\_ días

Adecuación: \_\_\_\_\_

| Fecha              | RETINOPATIA                         | SCREENING AUDITIVO |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------|
|                    |                                     | Resultado Fecha    |
| BCG: _____         | Fondo de ojo: _____ Edad: ____ días | EOA 1 _____        |
| TSH-PKU (1º) _____ | RETINOPATIA __SI / __NO             | 2 _____            |
| TSH-PKU (2º) _____ | (ANOTE GRADO MAYOR) _____           | BERA _____         |

| AL EGRESO                         | DIAGNOSTICOS     | CENTRO DE ORIGEN                |
|-----------------------------------|------------------|---------------------------------|
| Peso de alta: _____ grs.          | RN de _____ sem. | <input type="text"/>            |
| Talla de alta: _____ cms.         | _____            | <b>SERVICIO DE ORIGEN</b>       |
| C.C. de alta: _____ cms.          | _____            | <input type="text"/>            |
|                                   | _____            | <b>CENTRO DE DESTINO</b>        |
|                                   |                  | <input type="text"/>            |
|                                   |                  | <b>SERVICIO DE DESTINO</b>      |
|                                   |                  | <input type="text"/>            |
| <b>TRATANTE EN CENTRO ORIGEN</b>  |                  | <b>TELEFONOS CENTRO ORIGEN</b>  |
| <input type="text"/>              |                  | <input type="text"/>            |
| <b>TRATANTE EN CENTRO DESTINO</b> |                  | <b>TELEFONOS CENTRO DESTINO</b> |
| <input type="text"/>              |                  | <input type="text"/>            |



MOVICARE EMERGENCIAS  
Traslado Pacientes Críticos  
Teléfono : (56 2) 2 946 0900  
Andres de Fuenzalida 22 Oficina # 704 Providencia.  
Santiago - Chile

---

#### ALIMENTACION

Tipo de Alimentación: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ ml C/ \_\_\_\_\_ HR.  
Metodo: \_\_\_\_\_ Fecha instalacion sonda: \_\_\_\_\_ N° Sonda: \_\_\_\_\_  
Ultima Alimentacion Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### OXIGENOTERAPIA \_\_\_SI / \_\_\_NO

Tipo Oxigenoterapia: \_\_\_\_\_ Fecha Intubacion: \_\_\_\_\_  
FIO2: \_\_\_\_\_ % PIM/PEEP \_\_\_\_\_ TET N° \_\_\_\_\_ TET Fijacion N° \_\_\_\_\_ cm  
Frec. Resp: \_\_\_\_\_ TPO. INSP \_\_\_\_\_

| SOLUCIONES | CC/HR                | FECHA INICIO         | VOLUMEN<br>INFUNDIDO (CC) | RANGO HORAS          |
|------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| 1          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>      | <input type="text"/> |
| 2          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>      | <input type="text"/> |
| 3          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>      | <input type="text"/> |
| 4          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>      | <input type="text"/> |

#### VIAS

| TIPO ACCESO          | FECHA INSTALACIÓN    | POSICIÓN             |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



MOVICARE EMERGENCIAS  
 Traslado Pacientes Críticos  
 Teléfono : (56 2) 2 946 0900  
 Andres de Fuenzalida 22 Oficina # 704 Providencia.  
 Santiago - Chile

| MEDICAMENTOS | DOSIS                | HORARIO              | FECHA INICIO         | HORA 1º DOSIS        | HORA ULTIMA DOSIS    |
|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4            | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**VALORACION AL ALTA**

LABORATORIO PENDIENTE (resultados pendientes)

HERMOCULTI     INFORME     OTRO  
 UROCULTIV     INFORME  
 CULTIVO         INFORME

SIGNOS VITALES

HORA CONTROL : \_\_\_\_\_

FC : \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_

SAT O2: \_\_\_\_\_

PA INVASIVA: \_\_\_\_\_

Tº AXILAR: \_\_\_\_\_

Diuresis Horaria                      A últimas 12 hrs.

NECEDIDADES TRASLADO

Mascarilla     CPAP     Bombas de Infusión  
 Canula nasal     Ventilador     Monitor

Otras:

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL QUE ENTREGA

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL QUE RECIBE