



## RECORD DE INGESTA Y ELIMINACION

Nombre			Unidad		Cuarto N°	Camá N°	N° Hospital	
Médico Tratante		Residente			Interno		Fecha	
INGESTION ORAL			LIQUIDOS PARENTALES			ELIMINACION		
HORA	CLASE	CANTIDAD	CLASE	CANTIDAD PUESTA	CANTIDAD ABSORB.	ORINA	OTROS	
							CLASE	CANTIDAD
7 a.m.								
8 a.m.								
9 a.m.								
10 a.m.								
11 a.m.								
12 a.m.								
1 p.m.								
TOTAL								
2 p.m.								
3 p.m.								
4 p.m.								
5 p.m.								
6 p.m.								
7 p.m.								
TOTAL								
8 p.m.								
9 p.m.								
10 p.m.								
11 p.m.								
12 p.m.								
1 a.m.								
2 a.m.								
3 a.m.								
4 a.m.								
5 a.m.								
6 a.m.								
TOTAL								
de 24 horas								

Fecha:..... N° Cama:.....

Nombre:.....

Medicación: .....

Dosis: .....

Vía:.....

Hora:.....

Responsable:.....