

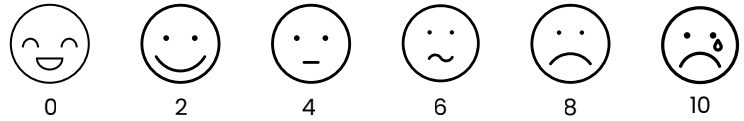
FICHA DE CUIDADOS DIARIOS

FECHA: _____

I M M J V S D

MEDICAMENTOS	
Mañana	
Tarde	
Tarde-Noche	
Noche	

ESTADO DE ÁNIMO GENERAL / N.º DE DOLOR	
M	
A	
E	
N	



F - Feliz I - Irritado A - Ansioso
 V - Vibrante T - Triste T - Temeroso N - Neutral
 E - Enfadado D - Deprimido A - Aburrido

BEBIDAS						
Agua	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Batido	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otros	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VITALES			
Hora		Presión arterial	
Peso		Temperatura corporal	
SpO2		Pulso	

COMIDAS/APERITIVOS				
COMIDA	HORA	CANTIDAD		
		G	F	P
		G	F	P
		G	F	P
		G	F	P
		G	F	P

ACTIVIDADES	HORA	LUGAR
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HIGIENE	
Dientes	
Bañarse	
cabello/rostro	

HORA DE LA SIESTA	LONGITUD
_____	_____
_____	_____
_____	_____

R E S U L T A D O	HORA	CANTIDAD P/M/G/oz	COLOR	DOLOR 0-10	URGENCIA SI/NO	ACCIDENTE SI/NO	

C - Claro O - Amarillo Oscuro K - Rosa T - Rojo + Coágulos L - Nublado
 P - Amarillo Pálido A - Amarillo R - Rojo Vivo M - Marrón N - Naranja

NOTAS:
