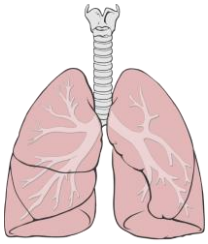
SERVICIO DE NEUMOLOGIA
HOJA DE MONITOREO



Fecha: / /

Hora	PARÁMETROS						
	Presión arterial	Frecuencia respiratoria	Frecuencia cardiaca	Temperatura	Sat O2	Fio2	Dispositivo de O2
Apellidos y nombre :						HC:	
Servicio : **Medicina**		Especialidad: **Neumología**				Cama:	