



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**TARJETA DE MEDICAMENTOS EN CARTULINA COLOR VERDE A UNA SOLA TINTA,
SEGÚN DISEÑO PREVIO 6CM X 9,5CM.
180.000 unidades**

Cartulina verde



TARJETA DE MEDICAMENTOS

25 en 1/4

FECHA: _____ IDENTIFICACIÓN: _____

USUARIO: _____

MEDICAMENTO: _____


DOSIS: _____ VIA: _____

HORA: _____ CAMA: _____

NOMBRE RESPONSABLE: _____

**TARJETA DE LIQUIDOS PARENTERALES EN STICKERS ADHESIVO COLOR BLANCO,
SEGÚN DISEÑO PREVIO 9X6 CM
100.000 unidades**

Sticker



TARJETA LÍQUIDOS PARENTALES

FECHA: _____ IDENTIFICACIÓN: _____

USUARIO: _____

SOLUCIÓN: _____

MEZCLA: _____ GOTEO: _____

INICIA: _____ TERMINA: _____

RESPONSABLE: _____ CAMA: _____


Juntos por la Excelencia





**TARJETA PARA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN STICKERS BLANCO SEGÚN DISEÑO PREVIO 8X5 CM
180.000 unidades**

Sticker

 **ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Nº DE IDENTIFICACIÓN: _____ CAMA: _____

MEDICAMENTO: _____

CONCENTRACIÓN: _____ EN(ml): _____

VÍA ADMINISTRACIÓN: _____ DILUYENTE: _____

FECHA DE PREPARACIÓN: _____ HORA: _____

RESPONSABLE: _____

"Un hospital seguro con alma y corazón para el buen vivir"

**TARJETA DE IDENTIFICACION NEONATOS EN CARTULINA BLANCA, SEGÚN DISEÑO PREVIO, 9X12 CM
1.200 unidades**

Cartulina Blanca

 **TARJETA DE IDENTIFICACIÓN NEONATOS**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

NOMBRE: _____ IDENTIFICACIÓN: _____

No. HISTORIA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ HORA: _____

FECHA DE INGRESO: _____ SEXO: _____

PESO: _____ TALLA: _____ PC: _____ PT: _____ PAB: _____

ALÉRGICO A: _____

GRUPO SANGUÍNEO RN: _____ GRUPO SANGUÍNEO MADRE: _____

REMITIDO: _____

EPS: _____ CAMA: _____

Juntos por la Excelencia

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Comutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co

