



FORMATO VALORACIÓN TERAPIA RESPIRATORIA

NOMBRE:				
EDAD:	GENERO:	DIAGÓSTICO:		
PESO:	TALLA:			
ANTECEDENTES				
MEDICOS:				
QUIRURGICOS:				
HOSPITALARIOS:				
FAMILIARES:				
MEDICAMENTOS:				
ALERGIAS				
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS				
TAC	RX	RM	ECOGRAFIA	ESPIROMETRIA
RESULTADO:				
OTROS:				
EVALUACIÓN FÍSICO FUNCIONAL				
ESTADO DE CONCIENCIA				
ALERTA	SONMOLENCIA	OBNUBILADO	ESTUPOR	COMA
SIGNOS VITALES				
FC	FR	TA	SATO2	
OXIGENO Y FLUJO				
CANULA	MÁSCARA	VENTILADO		
EXAMEN FÍSICO TORÁCICO				
PATRON RESPIRATORIO:	TORACICA	ABDOMINAL	TORACO/ABDOMINAL	
FR	DISNEA	APNEA	TAQUIPNEA	BRADIPNEA
PIEL:	NORMAL	CIANOSIS		RUBOR
FORMA DEL TORAX				
EN TONEL	P. EXCAVATUM	P. CARINATUM	CIFOSIS	ESCOLIOSIS
CIFOESCOLIOSIS				
OTROS:				
ALETEO NASAL	QUEJIDO ESPIRATORIO	RESPIRACIÓN PARADÓJICA	DEDOS EN PALILLOS DE TAMBOR	
DOLOR				
TIPO:				
LOCALIZACIÓN:				
CALIFICACIÓN:				
NO VALORADO	1	2	3	4
				5
				6
				7
				8
				9
				10
ESPASMO O CONTRACTURA MUSCULAR ZONA:				



AUSCULTACIÓN	DERECHO	IZQUIERDO
MURMULLO PULMONAR		
CREPITACIONES		
SIBILANCIAS		
RONCUS		
OBJETIVOS DE TRATAMIENTO:		
OBSERVACIONES:		

CONFIDENCIAL