

Sellos Modificados De Signos Vitales

Pediatría:

Fecha: ____/____/____	Hora: _____	AM	PM
_____ Temp.	_____ Pulso	_____ Frecuencia Respiratoria	
_____ / _____	Presión Arterial	_____ Peso	_____ Estatura
Uso de Tabaco:			
¿Alguna vez? ___ No ___ Sí: Última vez ____/____/____			
¿Alguien en la familia? ___ No ___ Sí: ¿Quién? _____			
Referencia a una clase? ___ No ___ Sí ___ Rehusó			

Sello para Adultos #1:

Peso _____	Estatura _____	Presión Arterial _____
Uso de Tabaco: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> anterior <input type="checkbox"/> nunca		
¿Está usted expuesto al humo de segunda mano en la casa?		
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Sello para Adultos #2:

Uso de Tabaco: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> anterior <input type="checkbox"/> nunca		
¿Está usted expuesto al humo de segunda mano en la casa?		
<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Referencia a una clase? ___ Sí ___ No ___ Rehusó		

Diseñe su propio sello:

--

