

Condición del residente a simple vista

Nombre del Observador:

Fecha/Hora:

Nombre del Residente

¿Que cambios ha notado?

*(marque con un círculo el cambio
que se nota y entrega este formulario
a la enfermera o administrador/a)*

Tos

Dificultad para respirar

Fiebre

Se parece Enfermo Cansada/o

Débil Confundido/a

Agitado/a

Cansado/a Color de su piel

Necesita más ayuda que normal

No está comiendo

No está bebiendo Hablando menos

Cambio en su peso

Otro cambio

Condición del residente a simple vista

Nombre del Observador:

Fecha/Hora:

Nombre del Residente

¿Que cambios ha notado?

*(marque con un círculo el cambio
que se nota y entrega este formulario
a la enfermera o administrador/a)*

Tos

Dificultad para respirar

Fiebre

Se parece Enfermo Cansada/o

Débil Confundido/a

Agitado/a

Cansado/a Color de su piel

Necesita más ayuda que normal

No está comiendo

No está bebiendo Hablando menos

Cambio en su peso

Otro cambio