



SOLICITADO POR:

Servicio: _____

Cama: _____ Ambulatorio ☐

Nº H.C.: 2544318

Fecha: 03/4/25 Hora: _____

CARDIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: Aspinoza Meñez Sandro EDAD: 37 AÑOS

SEXO: M ☐ F ☒ E. CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: San Luis

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

ANTECEDENTES: _____

EXAMEN CLÍNICO: _____

ELECTROCARDIOGRAMA: 18/600/normal

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

INDICACIONES: _____

Dr. Juan Olave
Cardiologo
CMP 58453 - ME 404

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

ID:

Nombre:

Sexo: H

Fecha de nacimiento:

años

Medicación:

cm

kg

22-Apr-2025 PM9:05:45

mmHg

60 lpm

mm/mV

5 mm/mV 25 mm/s Filtro: H60 d 35 Hz

5 mm/mV

I

V1

II

V2

III

V3

aVR

V4

aVL

V5

aVF

V6

2250K 02-02 04-05

Dept.:

Examen:

Dr. Paula Méndez