

ID:

Nombre:

Sexo: H

Fecha de nacimiento:

años

Medicación:

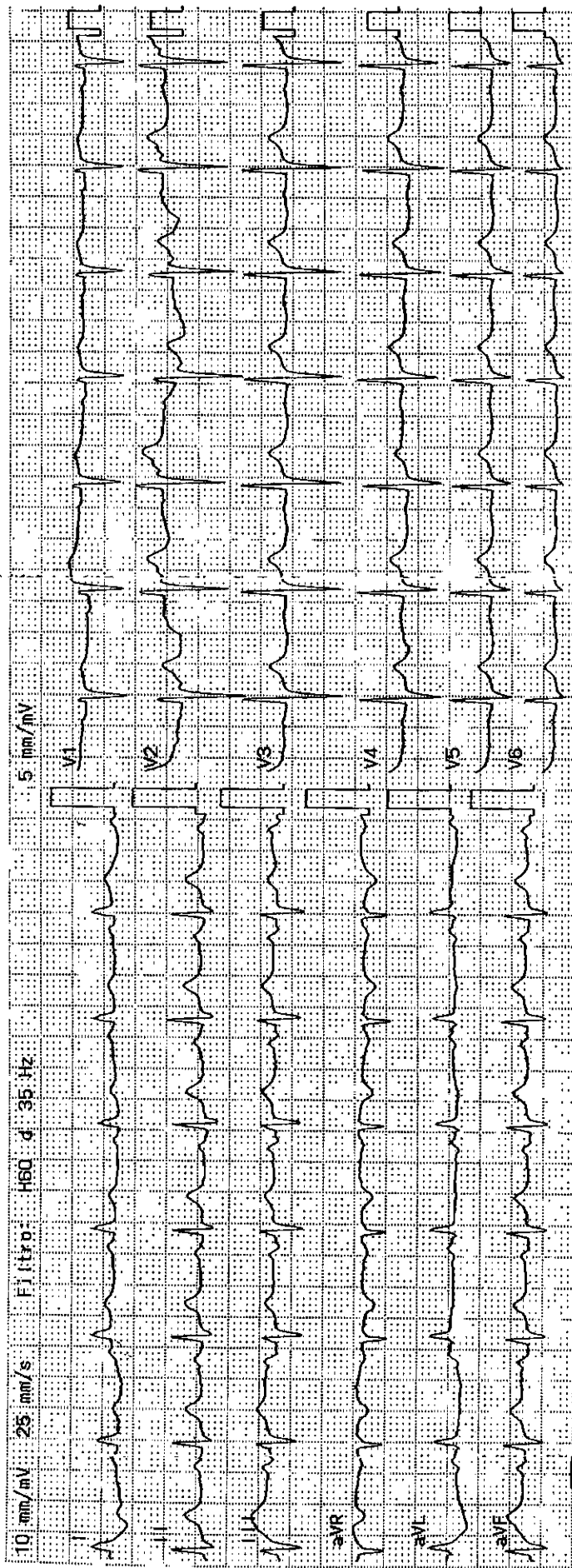
cm

kg

/ mmHg

88 lpm

15-Apr-2025 PM10:49:19



2250K

-02 04-05

Dept.:

Examen:



PERU

Ministerio
de SaludHOSPITAL NACIONAL
" DOS de MAYO "DPTO. DE MEDICINA ESPECIALIZADA
SERV. DE CARDIOLOGIA

SOLICITADO POR:

Servicio: _____

Cama: _____ Ambulatorio ☒N° H.C.: 1568182Fecha: 16/04/25 Hora: _____DNI 06186146

CARDIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: Huapaya Arias Poula EDAD: 92 AÑOSSEXO: M ☐ F ☒ E. CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

ANTECEDENTES: _____

EXAMEN CLÍNICO: _____

ELECTROCARDIOGRAMA: AS DEN

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

INDICACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO