



SOLICITADO POR:

Servicio: _____

Cama: _____ Ambulatorio ☐

Nº H.C.: 2651495

Fecha: ____/____/____ Hora: ____

CARDIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: Rengifo Iponague Córquez EDAD: 21 AÑOS

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

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: Cercado

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

ANTECEDENTES: _____

EXAMEN CLÍNICO: _____

ELECTROCARDIOGRAMA: _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

INDICACIONES: _____

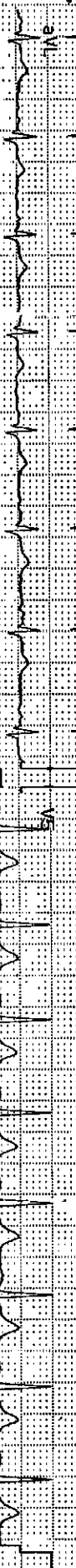
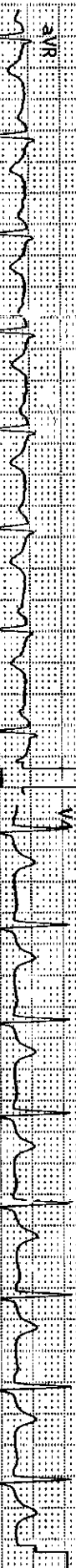
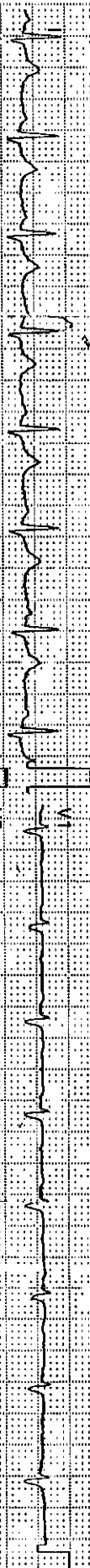
[Handwritten Signature]
Dr. Yván Y. Chiriqua
Cardiología
CMP: 56457

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

ID:
 Sexo: H
 Fecha de nacimiento:
 años
 Medicación:
 cm
 kg
 /
 mmHg
 15-Apr-2025 PM11:20:09
 102 lpm

Dongfo

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



2250K 02-02 04-05 sept. : Examen: