

A 1 S

A ID: Sexo: H

Nombre:

Fecha de nacimiento:

años

Medicación:

cm

kg

/

mmHg

60 lpm

21-Apr-2025 PM9:08:22

5 mm/mV

5 mm/mV 25 mm/s

Filtro: 460 d 35 Hz

5 mm/mV

I

V1

II

V2

III

V3

aVR

V4

aVL

V5

aVF

V6

2250K 02-

2250K 02-02 04-05

Dept.:

Examen:

SOLICITADO POR:**Servicio:** _____

Cama: _____ **Ambulatorio** ☐

Nº H.C.: 2073701

Fecha: 22/4/15 Hora: _____

CARDIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: Arias Rodriguez EDAD: 70 AÑOS

SEXO: M ☒ F ☐ E. CIVIL: OCUPACIÓN:

LUGAR DE NACIMIENTO: **PROCEDENCIA:**

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES:

EXAMEN CLÍNICO:

ELECTROCARDIOGRAMA:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

INDICACIONES:

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO