

A ID:

Nombre:

Sexo:H Fecha de nacimiento:

años

Medicación:

kg

mmHg

58 lpm

22-Apr-2025 AM4:20:13

10 mm/mV 25 mm/s

Filtro

H60 d 35 Hz

5 mm/mV

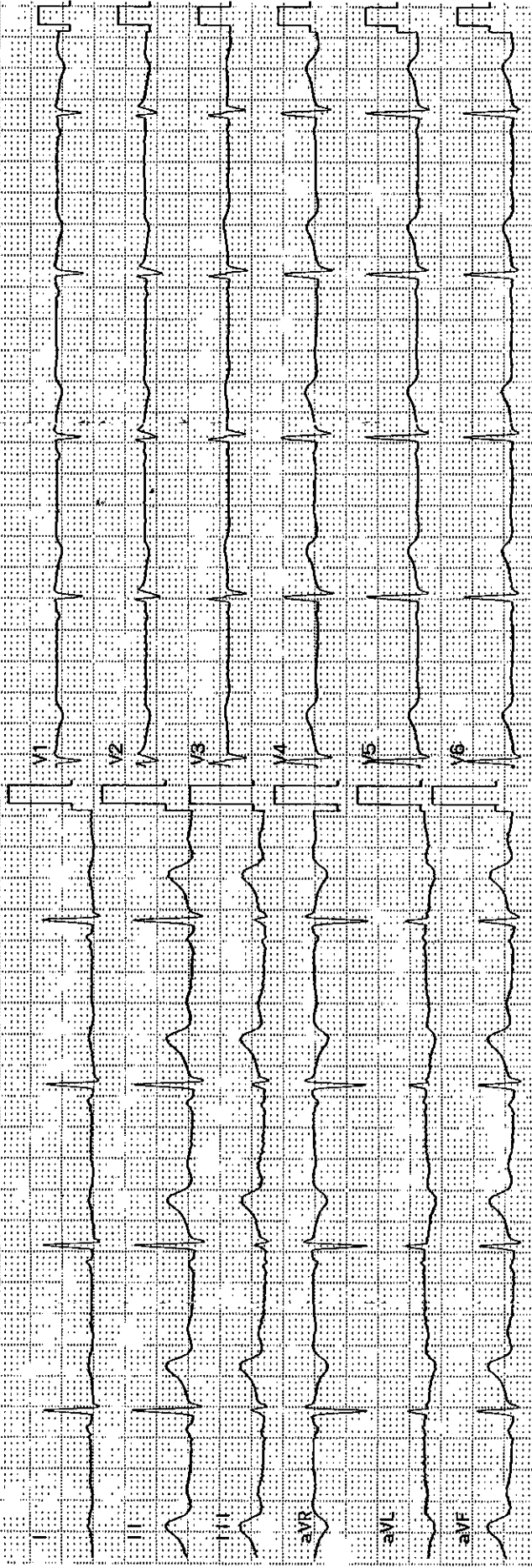
cm

/

mmHg

58 lpm

22-Apr-2025 AM4:20:13



2250K 02-02 04-01

Dept.:

Examen:

Salazar 22/04/25



SOLICITADO POR:

Servicio: _____

Cama: _____ Ambulatorio ☒

Nº H.C.: 2636924

Fecha: 22/04/25 Hora: _____
DNI 41375954

CARDIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: Salazar Quispe María EDAD: _____ 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