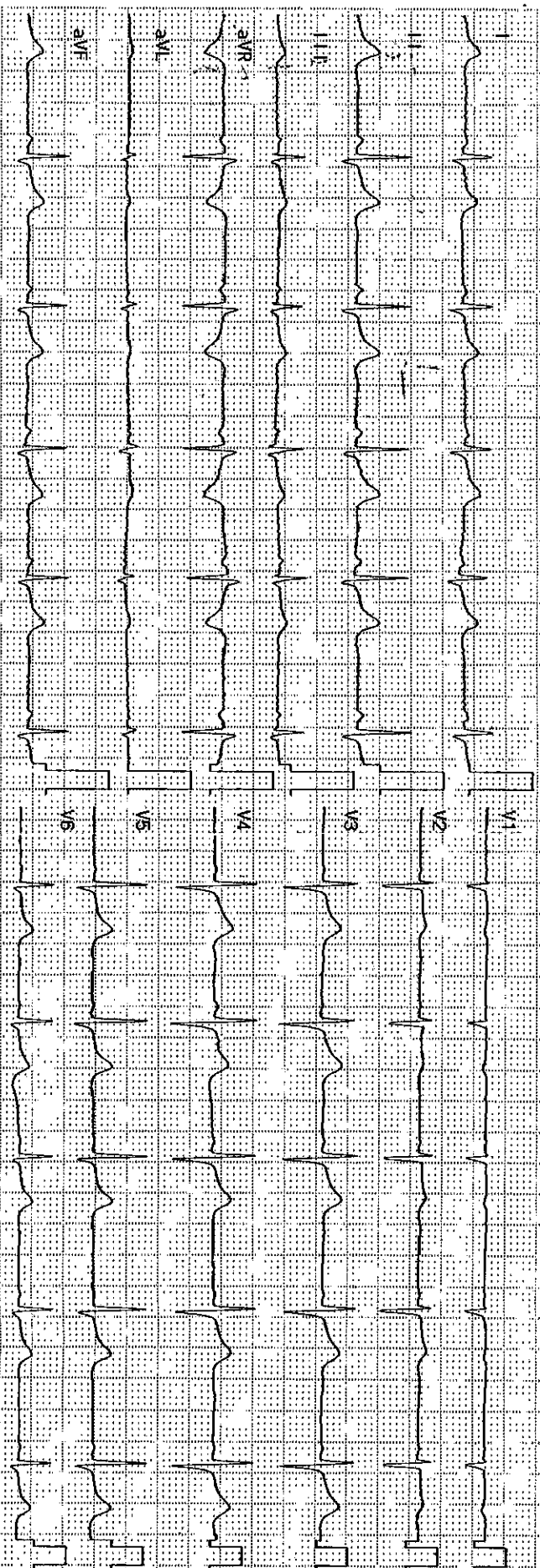


A ID: Nombre: Medicación: 19-Apr-2025 AM12:01:58
Sexo: H Fecha de nacimiento: años cm Kg / mmHg 64 lpm

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

5 mm/mV



2250K 02-02 04-05

Dept.:

Examen:



SOLICITADO POR:

Servicio: _____

Cama: _____ Ambulatorio ☐

Nº H.C.: 2151932

Fecha: 19/5/25 Hora: _____

CARDIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: Hollada Corpio Kaomi EDAD: 12 AÑOS

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

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO