

**SOLICITADO POR:****Servicio:** \_\_\_\_\_

**Cama:** \_\_\_\_\_ **Ambulatorio** ☐

Nº H.C.: 2673019

Fecha: 19/4/25 Hora: \_\_\_\_\_

# CARDIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: Noti loayza Silvans EDAD: 7 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**

A

ID:

Nombre:

Medicación:

18-Apr-2025 PM11:09:13

Sexo: H

Fecha de nacimiento:

años

cm

kg

/

mmHg

95 bpm

0 mm/

10 mm/mV

25 mm/s

Filtro:

H60 d 35 Hz

10 mm/mV

V1

V1

V2

V2

V3

V3

V4

V4

V5

V5

V6

V6

aVR

aVR

aVL

aVL

aVF

aVF

2250K 02-02 04-05

Dept.:

Examen: