



SOLICITADO POR:

Servicio: \_\_\_\_\_

Cama: \_\_\_\_\_ Ambulatorio ☐

Nº H.C.: 2448523

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

# CARDIOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS: Meding Saldana Mateo 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 :**

Sexo:H

**Fecha de nacimiento:**

**ခန့်ဝေ**

Medicación:

CM

kg

1

18-Apr-2025 PM11:12:47  
mmHg 70.1mm

70 1pm

10 mm/mV 25 mm/s

Filter: H60 d 35 Hz

5 min / min

