
 RIF: J-07512150-3	GERENCIA DE SERVICIOS DIAGNÓSTICOS									
	FICHA DE DATOS DEL PACIENTE									
SERVICIO DE LABORATORIO DE CARDIOPULMONAR										
DATOS DEL PACIENTE										
Nombres y Apellidos:			C.I.:			Celular:				
Fecha de Nacimiento:	Edad:		Peso:	Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>				
Dirección:										
Medico Tratante:						Email:				
SEÑALE CON UNA (X) EL ESTUDIO QUE SE VÁ A REALIZAR Y COLOQUE NOMBRE DEL MÉDICO										
<input type="checkbox"/> Eco Transesofágico			<input type="checkbox"/> Eco de Stres con Dobutamina							
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma			<input type="checkbox"/> Eco Transtoraxico Pediátrico							
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma de Reposo			<input type="checkbox"/> Eco de Stres con Dipiridamol							
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma de Bienestar Fetal			<input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo (ECG de Esfuerzo)							
<input type="checkbox"/> Monitoreo Electrográfico Ambulatorio (HOLTER)			<input type="checkbox"/> Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (M.A.P.A)							
EN CASO DE QUE EL PACIENTE NO ESTE EN CONDICIONES DE SALUD PARA ESCRIBIR O SEA MENOR DE EDAD, INDIQUE:										
Nombres y Apellidos del Representante del Paciente:					C.I.:			Celular:		
Fecha de Nacimiento:			Email:				Firma:			

FO-GSD-0132/01

 RIF: J-07512150-3	GERENCIA DE SERVICIOS DIAGNÓSTICOS									
	FICHA DE DATOS DEL PACIENTE									
SERVICIO DE LABORATORIO DE CARDIOPULMONAR										
DATOS DEL PACIENTE										
Nombres y Apellidos:			C.I.:			Celular:				
Fecha de Nacimiento:	Edad:		Peso:	Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>				
Dirección:										
Medico Tratante:						Email:				
SEÑALE CON UNA (X) EL ESTUDIO QUE SE VÁ A REALIZAR Y COLOQUE NOMBRE DEL MÉDICO										
<input type="checkbox"/> Eco Transesofágico			<input type="checkbox"/> Eco de Stres con Dobutamina							
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma			<input type="checkbox"/> Eco Transtoraxico Pediátrico							
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma de Reposo			<input type="checkbox"/> Eco de Stres con Dipiridamol							
<input type="checkbox"/> Ecocardiograma de Bienestar Fetal			<input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo (ECG de Esfuerzo)							
<input type="checkbox"/> Monitoreo Electrográfico Ambulatorio (HOLTER)			<input type="checkbox"/> Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (M.A.P.A)							
EN CASO DE QUE EL PACIENTE NO ESTE EN CONDICIONES DE SALUD PARA ESCRIBIR O SEA MENOR DE EDAD, INDIQUE:										
Nombres y Apellidos del Representante del Paciente:					C.I.:			Celular:		
Fecha de Nacimiento:			Email:				Firma:			

FO-GSD-0132/01