



SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE CARDIOLOGIA

Nombre y Apellidos: _____

PONER PEGATINA IDENTIFICATIVA

Nº de Historia: _____ Año Nacimiento _____ Habitación: _____

Médico solicitante: _____ Servicio: _____

Fecha solicitud: _____

- ECOCARDIOGRAMA DOPPLER-COL
- ERGOMETRIA
- HOLTER DE ECG (24 HORAS)

JUICIO CLINICO: _____

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ECG: _____

RX: _____

OBSERVACIONES:

Firmado: