

EVALUACIÓN CARDIOLÓGICA

Fecha de evaluación: ____/____/____/

DATOS DEL AFILIADO

Afiliado N°: _____ Apellido y nombre: _____

DNI: [][][][][][][][][] Fecha de Nacimiento: ____/____/____/ Edad: _____ Sexo: ☒ M ☐ F

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

(Marcar todas las opciones que correspondan)

☐ IAM previo ☐ ACV previo ☐ Angina de Pecho ☐ Insuficiencia Cardíaca ☐ Fibrilación Auricular

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER

Fecha del estudio: ____/____/____/

FEVI

☐ > 60 %
☐ 40 - 60 %
☐ < 40 %

Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI)

☐ No
☐ Sí

Disfunción Diastólica

☐ No
☐ Sí

ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)

Fecha del estudio: ____/____/____/

Resultado

☐ Normal ☐ Alterado

OBS. ECG:

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA

Seleccione una opción:

☐ < 120 mmHg ☐ 120 - 140 mmHg ☐ > 140 mmHg

OBSERVACIONES

Firma y sello del profesional