



ELECTROCARDIOGRAMA

F-092

Departamento		Servicio	Nº de Cama	Nº de Ficha Cardiológ.
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombres	
Fecha				
FIRMA				
Nº de Historia				

Conclusión :

Sokolow :

Jimich :

Lewis :

Indice :

Segmento AS - T

Complejos QRS

Nº de Recibo		EKG Anteriores		Emergencia		Al lado del Paciente		Caminando	
Diagnóstico Clínico		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Digital		Quinidina		Mediación	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Edad	Sexo	Raza	Talla	Peso	P.A.	Tem	Solicitado por		Fecha
Ritmo		Eje Electrónico (QRS)			Frecuencia		Ventric. Auricul.		
Intervalos		QRS.		QT		Ondas - T			
PR.		Complejos QRS							