

Servicio de Cardiología

Apellido y Nombre:.....

Edad:..... Habitación:..... Cama:.....

Pedido por:.....

FRC		ANTEC. CARDIOVASCULARES	
Tabaquismo	Si / No	IAM	Si / No
HTA	Si / No	ANGOR	Si / No
Diabetes	Si / No	ACV	Si / No
Dislipidemia	Si / No	Claudicación MMII	Si / No
Obesidad	Si / NO	Valvulopatias	Si / No
Sedentarismo	Si / No	Revascularización	Si / No

Medicación Habitual:.....

EVALUACIÓN

TA /

ELECTROCARDIOGRAMA

OBSERVACIONES

Riesgo Quirurgico

Gado I

Grado II

Grado III

Grado IV

FECHA

Firma y Aclaración