

## RIESGO QUIRURGICO CARDIO VASCULAR

NOMBRE:	EDAD:
PROCEDENCIA:	SEXO:

### ANTECEDENTES:

HTM:
ASMA:
TBC:
DM:
Motivo del RQCV:

### EXAMEN CLÍNICO:

P.A.:	F.C.:		
Corazón:			
PULMONES:			
PULSOS PERIFERICOS:			
SISTEMA VENOSO:			
E.K.G.:	F.C.:		
P:	PR:	QRC:	QT:
S.T.:			
ONDA T:			
AQRC:			
ID:			
R.Q.C.V.:			
SUGERENCIAS:			

FECHA:

FIRMA: