

INFORME DE MOTORIZACIÓN DEPORTIVA CARDÍACA REMOTA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Pacientr Pruebas **Género :** Masculino **Edad :** 30 **Fecha Nac:**02-03-1989

DATOS DEL CENTRO QUE REFIERE

Nombre: Centro de pruebas **Tel :** 696763024 **Dirección :** calle easo

DATOS DEL LA PRUEBA

Fecha de realización : 2019-07-16 **FC en reposo :** 0 lpm **Momento de máximo esfuerzo:**

SINTOMAS DURANTE LA PRUEBA

☒ Dolor de cabeza

INCIDENCIAS DURANTE LA SESIÓN

123


DIAGNÓSTICO

aaa

Umbrales	Aeróbicos			Anaeróbicos		Recuperación
Zonas de entrenamiento	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	Zona 5	1 min : 0 lpm
% FC por zonas	50 - 60	65 - 70	75 - 80	85 - 90	95 - 100	2 min : 0 lpm
FC lpm	0 - 0	0 - 0	0 - 0	0 - 0	0 - 0	 Puede mejorar

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

2222



Dr. Raul Regalado
Cardiologo
N° colegiado : 0895566
dr@test.com