

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	
LOCALIDAD	
TELÉFONO(FIJO/CELULAR)	
CORREO ELECTRÓNICO (IMPORTANTE)	

ANTECEDENTES PERSONALES		
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	SI	NO
ENFERMEDAD CORONARIA	SI	NO
ENFERMEDAD RENAL	SI	NO
ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA	SI	NO

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR			
HISTORIA FAMILIAR DE ECV PREMATURA	SI	NO	
DIABETES	SI	NO	
DISLIPIDEMIA	SI	NO	
TABAQUISMO	NO	EX	SI

EXAMEN FISICO		
PRESIÓN ARTERIAL	SISTOLICA	DIASTOLICA
1° TOMA		
2° TOMA		

PESO	KG
TALLA	CM

EXAMEN FISICO		
ALTERACIONES EN EL PULSO	SI	NO
ALTERACIONES A NIVEL CARDIACO	SI	NO
ALTERACIONES A NIVEL ABDOMINAL	SI	NO

LABORATORIO	
DETERMINACIÓN	VALOR
GLUCEMIA	
CREATININA	
CT	
TG	
HDL	
LDL	
IONOGRAMA	
ORINA COMPLETA	

<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b>	NORMAL	PATOLOGICO
COMENTARIOS:		

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO	SI	NO	DESCRIBA:
----------------------------------	----	----	-----------

PLAN TERAPEÚTICO INDICADO			
	DROGA/S	PRESENTACION	DOSIS DIARIA
RP1			
RP2			
RP3			

FECHA

APELLIDO Y NOMBRE PROFESIONAL

MATRICULA

FIRMA