

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

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	

ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	PATOLOGICO
COMENTARIOS:		

ECOCARDIOGRAMA	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