

E.C.G

NOMBRE Y APELLIDOS	
--------------------	--

FECHA	
EDAD	
RITMO	
FRECUENCIA	
Altura onda P	
Intervalo PR	

Complejo QRS	
Intervalo ST Y T	
Onda U	
Intervalo QT	
EJE	
Tensión arterial	

MÉDICO _____

ENFERMERA/O _____

GRAPAR E.C.G AQUI