

**SOLICITUD DE CITACIÓN
UNIDAD CARDIOLÓGICA DE ALTA RESOLUCIÓN (UCAR) - HGUGM**

CAP origen

Fecha solicitud

Nombre / Sello solicitante

Datos del paciente

Nuevo

Revisión

Motivo de consulta:

- Dolor torácico Disnea Síncope/presíncope Palpitaciones Soplo

C. isquémica I. cardíaca Valvulopatía/Prótesis FA/Flutter ECG anormal

Otro _____

Información complementaria

Los pacientes deberán traer **siempre** los Informes Médicos y la Medicación actual completa (fármacos y dosis)

Señale las pruebas que el paciente aportará en la visita:

- ECG Analítica Rx. Tórax Otras _____:

Antecedentes

FRCV HTA Diabetes Dislipemia Tabaquismo

Alergias _____

Otras _____

A rellenar en la UCAR

Pruebas a realizar _____ ECG _____ Ecocardio _____ Ergometría _____ Holter

PA _____ / _____ FC _____ Peso _____ Kg Talla _____ cm

Nota _____
