HOLTER

BITÁCORA DE SÍNTOMAS

Favor de llenar ésta bitácora durante el tiempo que dure el estudio y entregarla junto con el aparato.

Fecha:

Nombre:

Edad:

Sexo:

Médico que lo refiere:

¿Por qué le piden el estudio?

REGISTRO DE SÍNTOMAS

Hora	Síntomas

Clínica de Arritmias y Marcapasos CHS

Cto. Misioneros 5, Cd. Satélite
Naucalpan, Edo. de México
Hospital Satélite®
Tel. 5089-1410 ext. 2601