

Transferencia de Datos Paciente - Espirómetro Spirobank

Dr.....

Día:...../...../.....

Paciente		Fumador			Observaciones
Cod.	Nombre y apellido	Tipo	Cigarrillo	Puro	
		Cant/día		Años	
Edad		Síntomas		Riesgos	
Fecha Nac/...../.....				
Raza					
Comentarios		Informe Médico		Prescripciones	

Dr.....

Día:...../...../.....

Paciente		Fumador			Observaciones
Cod.	Nombre y apellido	Tipo	Cigarrillo	Puro	
		Cant/día		Años	
Edad		Síntomas		Riesgos	
Fecha Nac/...../.....				
Raza					
Comentarios		Informe Médico		Prescripciones	

Dr.....

Día:...../...../.....

Paciente		Fumador			Observaciones
Cod.	Nombre y apellido	Tipo	Cigarrillo	Puro	
		Cant/día		Años	
Edad		Síntomas		Riesgos	
Fecha Nac/...../.....				
Raza					
Comentarios		Informe Médico		Prescripciones	

Dr.....

Día:...../...../.....

Paciente		Fumador			Observaciones
Cod.	Nombre y apellido	Tipo	Cigarrillo	Puro	
		Cant/día		Años	
Edad		Síntomas		Riesgos	
Fecha Nac/...../.....				
Raza					
Comentarios		Informe Médico		Prescripciones	