

UNIDAD UNIVERSITARIA DE MEDICINA DEL DEPORTE

LABORATORIO DE EVALUACIÓN MORFOFUNCIONAL

INFORME DE ESPIROMETRÍA

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

FILIACIÓN: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA ESPIROMETRÍA: \_\_\_\_\_

**FICHA CLÍNICA:**

**EDAD:**

**SEXO:**

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

**PADECIMIENTO ACTUAL**

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

**PESO:**

**TALLA:**

**DIAGNÓSTICO:**

**COMENTARIO:**

Nombre y cédula del médico

Firma