

# Test de consumo



## Datos personales

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_

Manifiesta algún tipo de alergia

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

De qué tipo \_\_\_\_\_

Fuma

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

## Test de consumo 1

Pulso \_\_\_\_\_ ppm

Presión \_\_\_\_\_

Oxigenación \_\_\_\_\_

Pulso \_\_\_\_\_ ppm

Presión \_\_\_\_\_

Oxigenación \_\_\_\_\_

Presión del cilindro \_\_\_\_\_

Tiempo de inicio \_\_\_\_\_

Activación de alarma \_\_\_\_\_

Tiempo de término \_\_\_\_\_

Tiempo total \_\_\_\_\_

## Test de consumo 2

Pulso \_\_\_\_\_ ppm

Presión \_\_\_\_\_

Oxigenación \_\_\_\_\_

Pulso \_\_\_\_\_ ppm

Presión \_\_\_\_\_

Oxigenación \_\_\_\_\_

Presión del cilindro \_\_\_\_\_

Tiempo de inicio \_\_\_\_\_

Activación de alarma \_\_\_\_\_

Tiempo de término \_\_\_\_\_

Tiempo total \_\_\_\_\_

## OBSERVACIONES MÉDICAS O DE TRABAJO

_____
_____
_____
_____