

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

