DOCUMENTO A RELLENAR PARA EL CASO CLINICO

**OBLIGATORIO REENVIAR A** **arritmiasmanchacentro@gmail.com**

**antes del 20 de Enero de 2025. Adjunta el/los ECG que serán presentados**

**MIEBRO 1 DE LA PAREJA:**

**NOMBRE:**

**DNI:**

**DISCIPLINA (MEDICINA o ENFERMERIA):**

**ESPECIALIDAD:**

**HOSPITAL o CENTRO DE SALUD:**

**COMUNIDAD Y LOCALIDAD DE PROCEDENCIA:**

**CORREO ELECTRONICO:**

**MIEMBRO 2 DE LA PAREJA:**

**NOMBRE:**

**DNI:**

**DISCIPLINA (MEDICINA o ENFERMERIA):**

**ESPECIALIDAD:**

**HOSPITAL o CENTRO DE SALUD:**

**COMUNIDAD Y LOCALIDAD DE PROCEDENCIA:**

**CORREO ELECTRONICO:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TITULO DEL CASO CLINICO:**

**RESUMEN DEL CASO CLINICO:**

**¿DONDE RADICA SU INTERES, ORIGINALIDAD O POTENCIAL DOCENTE?**