



Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## Registro de Presion Arterial

Fecha	AM	PM

- Dr. Adusumalli
- Dr. DeStefano
- Dr. Haeri
- Dr. Herrera
- Dr. Horton
- Dr. Johnston
- Dr. McDonnold
- Dr. J. Singh
- Dr. K. Singh

**Llaminen si su sistolica es > \_\_\_\_\_ o si su diastolica es > \_\_\_\_\_**

Por favor fax or correo electronico de sus niveles de azucar en la sangre SEMANAL:  
(512) 776-1950 o AMFM.Nurse@hcahealthcare.com

**\*\*\*Llevar sus registros a todas las visitas\*\*\***