San Francisco Health Network
SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

3b) Registro de la presión arterial

Nombre: _____

Mi meta con respecto a la presión arterial es:	**Sistólica**	
	Diastólica	

Fecha	Hora	Presión arterial	Pulso	Notas
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		
		/		

Por favor recuerde traer consigo todos sus registros con respecto a la presión arterial a su próxima cita con el proveedor.