



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

**Llamos 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\*\*\***