NORTH AUSTIN
MATERNAL FETAL MEDICINE

Nombre_____

Fecha de Nacimiento_____

Registro de Presion arterial

Fecha	AM	PM

☐ Dr. DeStefano ☐ Dr. Adusumalli ☐ Dr. Haeri ☐ Dr. Singh

☆llamenos si su sistolica es >_____ y/o si diastolica es >_____

Por favor enviar por Fax o correo electronico su registro semanal de La Presion arterial: 877-493-3567 *or* *NAMC.NorthAustinMFM@hcahealthcare.com*

****llevar registros en cada visita****

12200 Renfert Way, Suite G-3 Austin, TX 78758 Phone: (512) 821-2540 FAX: (512) 973-3533