Presión (Blood Pressure)

Por favor, registre la presion arterial durante 2 semanas y envíela por correo a Casa de Salud, 3200 Chouteau Ave. St. Louis, MO 63103

IDENTIFICACIÓN/FECHA DE NACIMIENTO:_____

Fecha para devolver por correo a Casa de Salud: _____

Mida al menos 3 veces a la semana durante 2 semanas.

Fecha	Hora	Presión