

FORMATO CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y GLUCOSA

I. Datos Personales

Nombre:	
Edad:	
Género:	
Localidad:	

II. Toma de Presión Arterial, Glucosa y Pulso

Fecha	Hora	Presión Arterial	Pulso	Glucosa

FORMATO CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL Y GLUCOSA

I. Datos Personales

Nombre:	
Edad:	
Género:	
Localidad:	

II. Toma de Presión Arterial, Glucosa y Pulso

Fecha	Hora	Presión Arterial	Pulso	Glucosa