CITIZEN

TABLA DE **REGISTRO DE LA PRESIÓN.**

Nombre: ..... Edad: .....

FECHA	HORA	PRESIÓN SISTÓLICA	PRESIÓN DIASTÓLICA	PULSO	PESO

Tratamiento indicado por el médico:

-
-
-
-

MEDILAND S.A.
REACTIVOS DE DIAGNOSTICO E INSUMOS MEDICO - QUIRURGICOS

Dr. Mario Cassinoni 1661 Of. 201– 11200 Montevideo - Uruguay
Tel./Fax (598)2408 3882 – 2408 9683 – Mail: info@mediland.com.uy