CARDIOLOGIA &
DORES CRÔNICAS

CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

Nome completo do paciente:_____

DATA	VALOR DA PRESSÃO	PULSO	HORÁRIO	SINTOMAS? Se sim, quais?

Enviar resultados para (19) 99443-6840

Av. das Nações Unidas, 815 - Águas de Lindóia - SP - (19) 3824-3227
Agende online: robertomedico.com.br