Registro Autocontrol Vascular

Nombre, Apellidos:

FECHA	Actividad física		Peso	Perímetro abdominal	Presión sistólica (“alta”)	Presión diastólica (“baja”)	Frecuencia Cardiaca reposo/ejercicio	Nº días que olvida la medicación
	Días por semana	Minutos día /horas semana						
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	
_ _ /_ _ /_ _		/					/	

Observaciones o síntomas

……
……
……
……
……
……
……
……
……