

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Periodo: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono: _____

Profesional habitual: _____

Use una fila por medición. En “Observaciones” anote síntomas, caídas, cambios de medicación, estreñimiento o cualquier cambio relevante.

Fecha	Hora	Momento / medicación	Tensión (mmHg)	Pulso (lpm)	Sat. O ₂ (%)	Glucosa (mg/dl)	Temp. (°C)	Peso (kg)	Pasos	Observaciones y cambios