TARJETA DEL PACIENTE
con Accidente cerebrovascular

ELEA CARDIOVASCULAR

Nombre: _____ Edad: ____

Apellido: _____

Antecedentes

Angioplastía/s fecha/s: _____ _____ _____

Cirugía/s fecha/s: _____ _____ _____

Nombre de la medicación	Dosis diaria