

Tome el control de su salud

Nombre _____

Fecha _____

Sus valores:

Valores recomendados:

HDL _____

HDL 40 mg/dl o más

LDL _____

LDL menos de 100 mg/dl

Triglicéridos _____

Triglicéridos menos de 150 mg/dl

Presión arterial _____ / _____

Presión arterial 130 / 80 o menos

Peso _____

Peso _____

BMI _____

BMI 18.5–24.9 deseado

HbA1C _____

HbA1C menos de 7