South Bay Family Health Care

Oximeter Reading Log

Name: _____ Start Date: _____

Date	Pulse Oxygen Saturation Level (%)	Time	Pulse Rate	Level of Activity

South Bay Family Health Care

Registro de Medidas del Oxímetro de Pulso

Nombre: _____ Fecha de inicio: _____

Fecha	Nivel de Saturación de Oxígeno Por Pulso (%)	Hora	Frecuencia del Pulso	Nivel de Actividad