



Acuerdo de autocontrol de presión arterial

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Se le entrega un monitor de presión arterial en el hogar para que pueda medir su presión arterial en su domicilio. Usted es elegible para recibir este monitor porque se le ha diagnosticado:

- Hipertensión en etapa 2

Acuerdo de autocontrol

____ Me comprometo a medir y registrar mi presión arterial siguiendo las técnicas de monitoreo adecuadas que se muestran en las instrucciones ilustradas provistas

- Todos los días durante los primeros cinco días
- Cada dos días del día 6 al 30
- Cada semana del 2.^º al 4.^º mes
- Dos veces al mes del 5.^º al 12.^º mes

____ Acepto que mi asesor de salud se comunique conmigo con regularidad y añada el número de la clínica a la lista de contactos de mi teléfono celular para que no se pierda el intento de llamada.

____ Me comprometo a traer mi monitor de presión arterial y mi registro a todas mis citas médicas

____ Me comprometo a comunicarme con mi médico al _____, si presento algún síntoma o tengo alguna pregunta relacionada con mi presión arterial.

____ Me comprometo a llamar a mi médico al número de teléfono antes mencionado si mi presión arterial es

Constantemente mayor a _____ O

Constantemente menor a _____

____ Me comprometo a llamar de inmediato a mi médico si mi presión arterial es de 180/110 o mayor.

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____

Alabama WISEWOMAN: _____ Fecha: _____