

Instrucciones y registro de presión

Su nombre:

Tómese la presión 2 veces por día: una por la mañana y otra por la noche, o según la recomendación de su proveedor de atención médica. Registre todos los resultados abajo.

Fecha	Hora	Presión sistólica/diastólica	Frecuencia del corazón (pulso)	Fecha	Hora	Presión sistólica/diastólica	Frecuencia del corazón (pulso)
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	
		/				/	

Cómo conseguir ayuda (registre la información de contacto local aquí)

Hay formularios en blanco, un video instructivo y otros recursos en www.preeclampsia.org/blood-pressure.

AVISO SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA: Este programa, así como el material y los servicios relacionados, no es una práctica de recomendación, diagnóstico ni tratamiento médicos. La calidad de un control en casa depende del método y del equipo. Siempre hable con su proveedor de atención médica para recibir diagnóstico y tratamiento, incluyendo sus necesidades médicas específicas. Si tiene o sospecha que tiene un problema o condición médicos, comuníquese con un profesional de atención médica calificado de inmediato. Si está en los Estados Unidos y tiene una emergencia médica, llame al 911 o pida ayuda médica de emergencia de inmediato.

