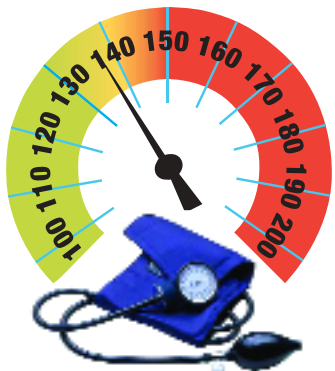


MI PLAN DE ACCIÓN



INSTRUCCIONES ESPECIALES

(Hable con su proveedor de atención médica)

Quando mi presión arterial está por encima de ____/____ debería _____

Quando mi presión arterial está por debajo de ____/____ debería _____

FECHA	AM/PM	PRESIÓN ARTERIAL	FECHA	AM/PM	PRESIÓN ARTERIAL	FECHA	AM/PM	PRESIÓN ARTERIAL	FECHA	AM/PM	PRESIÓN ARTERIAL
	AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/
	AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/
	AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/
	AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/
	AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/
	AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/
	AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/		AM/PM	/

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: _____

MEDICINAS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL: _____

CÚIDATE NUEVA YORK MANTENGA SU CORAZÓN SANO

LO QUE PUEDE HACER PARA BAJAR SU PRESIÓN ARTERIAL, PROTEGER SU CORAZÓN Y PREVENIR DERRAME CEREBRAL.

Marque cada casillero a medida que hace cada uno de estos cambios en su estilo de vida.

- Dejaré de fumar.
- Me dedicaré a la actividad física la mayoría de días de la semana.
- Escogeré alimentos que sean bajos en sal (sodio).
- Conoceré mis cifras de presión arterial.
- Conoceré mis medicinas para la presión arterial.
- Tomaré mis medicinas para la presión arterial según las instrucciones.
- Consumiré una dieta baja de grasa trans y grasas saturadas.
- Limitaré mi consumo de alcohol.
- Controlaré mi presión arterial.
- Trabajaré para reducir el estrés cotidiano.
- Mi propio objetivo para la presión arterial: _____

Para más información, hable con su proveedor de atención médica o llame al 311.

**MANTENGA
SU CORAZÓN
SANO**



UN REGISTRO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

**LLAME AL 311
O VISITE NYC.GOV/HEALTH**



