

Mi Plan de acción



Instrucciones especiales

Si mi presión arterial está por encima de ____/____ yo debo

Si mi presión arterial está por debajo de ____/____ yo debo

Fecha	a. m. / p. m.	Presión arterial	Fecha	a. m. / p. m.	Presión arterial	Fecha	a. m. / p. m.	Presión arterial	Fecha	a. m. / p. m.	Presión arterial
	a. m. / p. m.	/			/			/			/
	a. m. / p. m.	/			/			/			/
	a. m. / p. m.	/			/			/			/
	a. m. / p. m.	/			/			/			/
	a. m. / p. m.	/			/			/			/
	a. m. / p. m.	/			/			/			/
	a. m. / p. m.	/			/			/			/
	a. m. / p. m.	/			/			/			/

Información personal

Nombre:

Proveedor de atención médica:

Número de teléfono del proveedor de atención médica:

Medicamentos para la presión arterial:

Mantenga el control de sus medicamentos. Si su proveedor de atención médica cambia un medicamento o una dosis, actualice esta sección.

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

HPDIX25701 - 6.17 (Spanish)



TARJETA DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Llame al 311 o visite nyc.gov/health

NYC
Health

