



CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN EL HOGAR

Nombre: _____

Fecha de nacimiento _____

Se le entrega un monitor de tensión arterial en el hogar para que pueda controlar su tensión arterial en el hogar. Usted es elegible para recibir este monitor porque cumple con una de las siguientes condiciones:

- Se le ha diagnosticado hipertensión Etapa 2 (Tensión sistólica “número más alto” 160 o superior, o tensión diastólica “número más bajo” 100 o superior)
- Toma 2 medicamentos o más para el control de la tensión arterial
- Se le ha diagnosticado hipertensión Etapa 1 (Tensión sistólica 140-159 o tensión diastólica 90-99) **Y** está tomando un agente reductor de lípidos para controlar el colesterol o
- Su médico lo recomendó

Instrucciones para el auto-control de la tensión arterial

- Mídase la tensión arterial (TA) al menos 1 vez por día en cada brazo, o según lo recomiendo su médico.
- Siéntese con su espalda derecha y apoyada con sus pies apoyados sobre el suelo.
- Su brazo debe estar apoyado sobre una superficie plana con el brazo a nivel del corazón.
- Asegúrese de que la mitad del manguito se encuentre directamente sobre su arteria braquial (alrededor de ½ pulgada por encima de la articulación del codo). **Vea el diagrama en el cuadernillo de instrucciones del monitor de TA, página 6, Figuras D y E**
- Cada vez que se mida la TA, realice una lectura en cada brazo, con un minuto de diferencia, y registre todos los resultados.
- El esfigmomanómetro debe ajustarse cómodamente en su brazo. Si el esfigmomanómetro es demasiado pequeño, puede generar que la lectura de la tensión arterial sea superior a la que realmente es.

ACUERDO PARA EL AUTOMANEJO DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN EL HOGAR

- Acepto controlar mi tensión arterial al menos 1 vez por día en cada brazo, y anotarla en mi registro de tensión arterial con el propósito de llegar a mi objetivo de tensión arterial que es ____/____.
- Acepto llevar mi registro de tensión arterial a todas las citas con mi médico.
- Acepto comunicarme con mi médico al **(n.º de teléfono)** _____ si tengo síntomas o preguntas relacionadas con mi tensión arterial.
- Acepto comunicarme con mi médico al número de teléfono anterior si mi tensión arterial es superior a ____/____, o inferior a ____/____.
- Si mi TA es 180/110 o superior, acepto comunicarme con mi médico inmediatamente al número telefónico anterior.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Representante de la organización: _____ Fecha: _____