CENTRAL HEALTH

SEGUIMIENTO DE SUS NÚMEROS

Utilice esta hoja de trabajo para realizar un seguimiento de sus cifras de presión arterial cada vez que visite al médico o la clínica.

Generalmente se necesita más de una lectura para saber si tiene presión arterial elevada. Si su presión arterial ha sido alta, es posible que su médico quiera verlo con más frecuencia. Bajar la presión arterial es importante para proteger el corazón y los riñones.

MI PRESIÓN ARTERIAL OBJETIVO

_____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____

Fecha: _____ **Presión arterial:** _____ / _____