

Departamento: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hora: .: Cedula  -

Temperatura ambiente: , °C Edad (años)

Mes/año de nacimiento:  /

Sexo (H/M)  ¿De qué raza se considera?.....

¿Cuándo se midió la presión arterial por última vez?

(Mes/año)  /

¿Actualmente recibe tratamiento anti-hipertensivo? Sí  No

SOLO SI MUJER ¿Está embarazada actualmente? Sí  No

¿Tiene Ud. Diabetes? Sí  No  No sabe

¿Ud Fuma? Si  No  En el pasado

¿Consume alcohol? Nunca  < de 1 vez/semana  > 1 vez/sem

¿Sufrió Ud un ataque cardíaco (infarto del corazón)? Sí  No

¿Sufrió Ud un ataque cerebral (¿infarto o hemorragia cerebral)? Sí  No

¿Qué brazo se utilizará para medir la presión arterial? Izq  der

¿Qué técnica de medición utilizará para medir la presión? \_\_\_\_\_

¿Qué equipo (Tipo/Marca/ Modelo) utilizará? \_\_\_\_\_

**Medición 1:** Sistólica  Diastólica  Pulso

**Medición 2:** Sistólica  Diastólica  Pulso

**Medición 3:** Sistólica  Diastólica  Pulso

Peso de la última medición que recuerde: , kg

Altura de la última medición que recuerde: , cm