

REGISTRO DE TENSIÓN ARTERIAL

NOMBRE: _____

BRAZO (marque con una X)		Fecha y hora	Presión sistólica	Presión diastólica	Pulsaciones (Frec. cardiaca)
Izquierdo	Derecho				
6:00 am a 8:00 am <i>Antes de tomar el medicamento</i>					
10:00 am a 12:00pm <i>Antes de almorzar</i>					
4:00pm a 6:00pm <i>Antes de cenar</i>					
8:00pm a 10:00pm <i>Antes de dormir</i>					

BRAZO (marque con una X)		Fecha y hora	Presión sistólica	Presión diastólica	Pulsaciones (Frec. cardiaca)
Izquierdo	Derecho				
6:00 am a 8:00 am <i>Antes de tomar el medicamento</i>					
10:00 am a 12:00pm <i>Antes de almorzar</i>					
4:00pm a 6:00pm <i>Antes de cenar</i>					
8:00pm a 10:00pm <i>Antes de dormir</i>					

BRAZO (marque con una X)		Fecha y hora	Presión sistólica	Presión diastólica	Pulsaciones (Frec. cardiaca)
Izquierdo	Derecho				
6:00 am a 8:00 am <i>Antes de tomar el medicamento</i>					
10:00 am a 12:00pm <i>Antes de almorzar</i>					
4:00pm a 6:00pm <i>Antes de cenar</i>					
8:00pm a 10:00pm <i>Antes de dormir</i>					

REGISTRO DE TENSION ARTERIAL

NOMBRE: _____

BRAZO (marque con una X)		Fecha y hora	Presión sistólica	Presión diastólica	Pulsaciones (Frec. cardiaca)
Izquierdo	Derecho				
6:00 am a 8:00 am <i>Antes de tomar el medicamento</i>					
10:00 am a 12:00pm <i>Antes de almorzar</i>					
4:00pm a 6:00pm <i>Antes de cenar</i>					
8:00pm a 10:00pm <i>Antes de dormir</i>					

BRAZO (marque con una X)		Fecha y hora	Presión sistólica	Presión diastólica	Pulsaciones (Frec. cardiaca)
Izquierdo	Derecho				
6:00 am a 8:00 am <i>Antes de tomar el medicamento</i>					
10:00 am a 12:00pm <i>Antes de almorzar</i>					
4:00pm a 6:00pm <i>Antes de cenar</i>					
8:00pm a 10:00pm <i>Antes de dormir</i>					

BRAZO (marque con una X)		Fecha y hora	Presión sistólica	Presión diastólica	Pulsaciones (Frec. cardiaca)
Izquierdo	Derecho				
6:00 am a 8:00 am <i>Antes de tomar el medicamento</i>					
10:00 am a 12:00pm <i>Antes de almorzar</i>					
4:00pm a 6:00pm <i>Antes de cenar</i>					
8:00pm a 10:00pm <i>Antes de dormir</i>					

NOMBRE: _____

Recomendaciones de uso:

- Estimado paciente, el anterior formato tiene la intención de ayudarle en el registro de las tensiones arteriales que usted realice en casa (o en ocasiones en la farmacia o droguería)
- Este registro tiene **5 columnas** que sugerimos que sean diligenciadas de la siguiente manera:
 - **Brazo:** en esta casilla usted podrá señalar con una X el brazo en el que realizó la medición
 - **Fecha y hora:** en esta casilla usted podrá indicar la fecha y la hora en la que realiza la medición, teniendo en cuenta la franja horaria que se propone en las filas
 - **Presión sistólica:** en esta casilla usted podrá registrar el valor de la presión sistólica que le arroja el tensiómetro. Recuerde que este valor es el que se usualmente se encuentra en la parte superior de la pantalla.
 - **Presión diastólica:** en esta casilla usted podrá registrar el valor de la presión sistólica que le arroja el tensiómetro. Recuerde que este valor es el que se usualmente se encuentra debajo del resultado de la presión sistólica.
 - **Pulsaciones (frecuencia cardiaca o pulso):** en esta casilla usted podrá registrar el valor de las pulsaciones del corazón.
- Recuerde que:
 - Antes de tomar la tensión arterial es importante haber reposado por lo menos durante 5 minutos y estar y sentirse tranquilo o tranquila
 - Durante la toma: la espalda debe estar bien apoyada en el respaldo de la silla, las piernas deben estar sin cruzar y el brazo debe estar en reposo y a la altura del corazón (es decir no caído, sino sobre una superficie que lo mantenga elevado a la altura del pecho).
 - El dolor, el consumo de café, el consumo de cigarrillo el estrés puede generar valores elevados de tensión. Por lo que, si ha consumido café o cigarrillo o si tiene dolor en alguna parte del cuerpo es importante que lo registre en el formato.
- No olvide llevar con usted este registro cuando tenga citas médicas.