



## Hipertensión Formulario de Evaluación

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero de teléfono : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sexo: H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Carrera: Blanco \_\_\_\_\_ Negro \_\_\_\_\_ Hispanos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene la presión arterial alta?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. Se encuentra ahora bajo tratamiento para la presión arterial alta?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

3. ¿Qué tipo de tratamiento?

\_\_\_\_ Dieta de restricción \_\_\_\_ Restricción de sal \_\_\_\_ de medicamentos  
\_\_\_\_ Otro

Si está tomando medicinas (s), que una (s)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Alguno de sus parientes consanguíneos tienen presión arterial alta?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. ¿Fuma usted? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\* PRESIÓN ARTERIAL \_\_\_\_\_ I D

\* PRESIÓN ARTERIAL \_\_\_\_\_ I D

**\* VER SI EL PROVEEDOR presión arterial es superior a 140/90.\***

Que se refiere al Proveedor: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**NURSE SIGNATURE:** \_\_\_\_\_