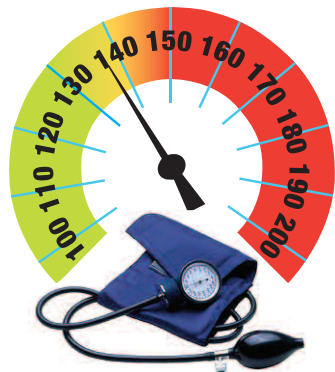


MI PLAN DE ACCIÓN



INSTRUCCIONES ESPECIALES

(Hable con su proveedor de atención médica)

Cuando mi presión arterial está por encima de ____/____ debería _____

Cuando mi presión arterial está por debajo de ____/____ debería _____

FECHA AM/PM	PRESIÓN ARTERIAL	FECHA AM/PM	PRESIÓN ARTERIAL	FECHA AM/PM	PRESIÓN ARTERIAL	FECHA AM/PM	PRESIÓN ARTERIAL
AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/
AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/
AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/
AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/
AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/
AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/
AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/
AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/	AM/PM	/

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA: _____

MEDICINAS PARA LA PRESIÓN ARTERIAL: _____

MANTENGA SU CORAZÓN SANO

LO QUE PUEDE HACER PARA BAJAR SU PRESIÓN ARTERIAL, PROTEGER SU CORAZÓN Y PREVENIR DERRAME CEREBRAL.

Marque cada casillero a medida que hace cada uno de estos cambios en su estilo de vida.

- ☐ Dejaré de fumar.
- ☐ Me dedicaré a la actividad física la mayoría de días de la semana.
- ☐ Escogeré alimentos que sean bajos en sal (sodio).
- ☐ Conoceré mis cifras de presión arterial.
- ☐ Conoceré mis medicinas para la presión arterial.
- ☐ Tomaré mis medicinas para la presión arterial según las instrucciones.
- ☐ Consumiré una dieta baja de grasa trans y grasas saturadas.
- ☐ Limitaré mi consumo de alcohol.
- ☐ Controlaré mi presión arterial.
- ☐ Trabajaré para reducir el estrés cotidiano.
- ☐ Mi propio objetivo para la presión arterial: _____

Para más información, hable con su proveedor de atención médica o llame al 311.

UN REGISTRO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

**LLAME AL 311
O VISITE NYC.GOV/HEALTH**



