

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 |
|-------|-------|------------------|-------|-------|------------------|-------|-------|------------------|-------|-------|------------------|
| | 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 en grasas 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



