



Tarjeta de monitoreo de la presión arterial

Llame al **311** o visite
nyc.gov/health.

NYC
Health

Mi objetivo de presión arterial es

_____ / _____

Mediré mi presión arterial cada:

- día mañana
 semana tarde
- por la

La presión arterial alta puede ser peligrosa para usted y su bebé. Comuníquese con su proveedor de atención de salud de inmediato si la presión arterial está por encima de

_____ / _____.

Use esta tabla para hacer un seguimiento de la presión arterial durante el embarazo y después del parto. Hable con su proveedor de atención de salud sobre con cuánta frecuencia debe medirse la presión arterial.

Fecha	Presión arterial	Fecha	Presión arterial	Fecha	Presión arterial	Fecha	Presión arterial	Fecha	Presión arterial	Fecha	Presión arterial
___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/
___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/
___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/
___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/
___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/
___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/	___/___/___ ● a. m. ● p. m.	/

Use su propio medidor de presión arterial o acuda a su farmacia local para que se la midan. Para encontrar una farmacia donde midan la presión arterial en su área, visite [nyc.gov/health/map](https://www.nyc.gov/health/map). Si necesita ayuda, acérquese al personal de la farmacia.

Mi plan de acción



Instrucciones especiales

Cuando mi presión arterial esté por encima de ___ / ___, debo

Cuando mi presión arterial esté por debajo de ___ / ___, debo

Información personal

Nombre:

Fecha de parto (si corresponde):

Proveedor de atención de salud:

Número de teléfono del proveedor de atención de salud:

Medicamentos para la presión arterial:

Lleve un registro de sus medicamentos. Si su proveedor de atención de salud cambia un medicamento y/o una dosis, actualice esta sección.

Para obtener más información, hable con su proveedor o llame al **311**.