

AUTOCONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

PLAN DE ACCIÓN

¿Qué es lo que más le preocupa de la presión alta?

¿Qué es lo más importante para usted sobre el manejo de su alta presión?

Elija 1-3 objetivos que pueda hacer en las próximas dos semanas:

- Controlar mi presión
- Ser más activa
- Manejar el estrés/Practicar el autocuidado
- Dejar de fumar
- Tomar los medicamentos que me dé mi médico
- Otro:

Algunas cosas que pueden impedir que alcance mis metas son:

Si eso sucede, haré lo siguiente:

Personas que me pueden apoyar:

¿Qué tan segura está de que pueda seguir este plan?

- Muy segura
- Segura
- Algo segura
- No estoy segura en absoluto

MI EQUIPO DE ATENCIÓN

Proveedor obstétrica:

Enfermera o trabajadora social de MIHP:

Promotora de salud:



AUTOCONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

VISITA AL PROVEEDOR DE CUIDADO MÉDICO

Lleve esta hoja a su próxima visita con su proveedor de atención médica. Use la guía a continuación para ayudar a iniciar la conversación y escribir las respuestas de su proveedor.

Inicie la conversación (ejemplo):

“Gracias por verme. Como sabe, me han diagnosticado con alta presión. Estoy planeando trabajar con mis proveedores de visitas domiciliarias para controlar mi presión en casa. Antes de empezar, quería hacerle algunas preguntas”

PREGÚNTELE A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA Y ESCRIBA SU RESPUESTA:

¿Puede escribirme una receta para una manga de presión arterial?

¿Cuándo debo reportarle mis resultados y cuál es la mejor manera de reportarlos?

¿Qué es una presión saludable para mí?

Si mi presión es más alta que eso, ¿cuándo debo llamar a su oficina?

¿Cuándo debo ir a la sala de emergencias?

¿Qué síntomas podrían indicar que tengo problemas con la presión?

¿Qué debo hacer si tengo esos síntomas?

Pregúntele a su proveedor de atención médica cualquier otra pregunta que pueda tener sobre la alta presión.

