|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-01398S (10/2014) | **STATE OF WISCONSIN**  Bureau of Community Health Promotion  Chronic Disease Prevention & Cancer Control Section |

**ACUERDO DE MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL EN CASA**

**PARA CLIENTES EN EL WISEWOMAN PROGRAM**

**WISEWOMAN CLIENT HOME BLOOD PRESSURE MONITORING AGREEMENT**

El WISEWOMAN Program de Wisconsin le proporciona un equipo para la monitorización de la presión arterial a ningún costo para usted. El monitor le ayudará a seguir su presión arterial en un transcurso de tiempo con el fin de que tenga su presión arterial bajo control. Al aceptar el monitor de presión arterial en casa, debe entender y estar de acuerdo con lo siguiente.

1. **Se espera que yo**:
2. Sea instruido sobre cómo usar el monitor y las técnicas apropiadas para tomar la presión arterial en casa
3. Me tome la presión arterial en casa según las indicaciones de mi proveedor de cuidado médico
4. Registre todos mis resultados (readings) de presión arterial
5. Comparta todos mis resultados de presión arterial con mi proveedor de cuidado médico.
6. Vaya a todas las visitas de seguimiento en el consultorio médico y/o a todas las secciones médicas de manejo de la presión arterial
7. Siga las recomendaciones de una alimentación saludable y actividad física
8. Pare o reduzca el uso de productos de tabaco si actualmente fumo
9. Guarde el monitor de presión arterial en un lugar seguro en casa
10. Lleve el monitor a mis visitas al consultorio para que el proveedor pueda revisarlo y ver que funcione con exactitud
11. **Entiendo que:**
12. Tomar mi presión arterial en casa puede ayudarme a tener y mantener mi presión arterial bajo control
13. Que todos mis resultados de la presión arterial serán compartidos con el proveedor de WISEWOMAN y se mantendrán de forma confidencial
14. Que mis resultados de la presión arterial sólo se utilizarán para el manejo del caso y la administración del programa
15. Que no hay ningún costo para mí por el monitor de presión arterial
16. Debo hacer si el resultado(s) (lectura) de mi presión arterial es demasiado alto o demasiado bajo

He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con todos los puntos enumerados anteriormente,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA** – Cliente | Fecha de la firma | Número de Identificación del Cliente |
| **SIGNATURE** – WISEWOMAN Clinical Provider | Date signed | Print Name of Provider |