

# Su visita para la hipertensión arterial – Qué esperar, qué preguntar



Su nombre: \_\_\_\_\_ Su parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna inquietud concreta de la que quiera hablar hoy?  No  Sí \_\_\_\_\_

¿Se ha producido algún cambio importante en su familia últimamente?

Ninguno  Traslado  Cambio de trabajo  Separación  Divorcio  Fallecimiento de un familiar

Nueva mascota  Otro Describir: \_\_\_\_\_

## Información general de salud. Desde su última visita:

**Sí No No estoy seguro/a**

¿Ha tenido usted (o su hijo) alguna enfermedad importante y/o alguna hospitalización?

¿Ha desarrollado usted o alguien de su familia (o algún familiar de su hijo) algún problema médico nuevo?

¿Ha habido algún cambio reciente en los medicamentos que toma usted (o su hijo)?

¿Está usted (o su hijo) al día en el calendario de vacunaciones (incluyendo las vacunas contra la gripe y la pulmonía)?

¿Fuma usted o cualquiera de los adultos cercanos a usted (o a su hijo) (incluso dentro o fuera de la casa)?

¿Ha sido atendido usted (o su hijo) en la sala de emergencias o ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses por hipertensión arterial?

No  Sí, 1-2 veces  Sí, 3-4 veces  Sí, 5-6 veces  Sí, más de 6 veces

¿Ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses por hipertensión arterial?

No  Sí, 1-2 veces  Sí, 3-4 veces  Sí, 5-6 veces  Sí, más de 6 veces

En los últimos 12 meses, ¿ha hablado con un doctor o proveedor de atención médica acerca de cualquiera de los siguientes síntomas de hipertensión arterial?

Dolores fuertes de cabeza  Confusión  Dolor de pecho  Visión borrosa  Náuseas y vómitos

Palpitaciones en el pecho, cuello  Sensación de cansancio  Mareos

¿Controla su presión arterial?

No  Sí, cada día  Sí, cada semana  Sí, cada dos semanas  Sí, cada mes

## ¿Ha hablado con un doctor o proveedor de atención médica acerca de empezar a tomar o suspender la administración de cualquier medicina?

### Lista de medicina:

### Inquietudes sobre los medicamentos:

	No	Sí	Describir

¿Ha recibido remisiones a otro médico, pruebas, seguimiento de los resultados de pruebas y/o cualquier otra atención requerida con prontitud?  No  Yes

**¿Le gustaría obtener más información sobre cualquiera de los temas que aparecen a continuación?**

<b>Medicina/tratamientos</b>	<b>Síntomas/complicaciones</b>	<b>Promoción de la salud</b>	<b>Nutrición</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para la hipertensión arterial</li> <li>• Control/monitorización de la presión arterial</li> <li>• Especialistas en hipertensión arterial</li> <li>• Remedios a base de plantas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de hipertensión arterial</li> <li>• Rango de presión arterial normal</li> <li>• Complicaciones de la hipertensión arterial</li> <li>• Riesgos de la hipertensión arterial</li> <li>• Causas de la hipertensión arterial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dejar de fumar</li> <li>• [Línea nacional Quitline: 1-800-QUITNOW (784-8669)]</li> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Prevención</li> <li>• Rutina de ejercicios</li> <li>• Cuándo llamar al médico</li> <li>• Cita para la vista</li> <li>• Control del peso</li> <li>• Reducir el estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta saludable</li> <li>• Ingesta de calorías</li> <li>• Tentempiés saludables</li> <li>• Reducir el consumo de sal</li> <li>• Consumo de alcohol</li> </ul>

*Esto no es una herramienta de autodiagnóstico ni un plan de tratamiento. Consulte a su médico y comparta este formulario en su próxima visita.*