



# HOJA DE REGISTRO DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN DOMICILIO

Código:..... Paciente:..... Fecha:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

Médico:..... Farmacéutico:.....

DÍA 1	MAÑANA Hora: _____			TARDE/NOCHE Hora: _____		
	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma
MÁXIMA						
MÍNIMA						
PULSO						

DÍA 2	MAÑANA Hora: _____			TARDE/NOCHE Hora: _____		
	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma
MÁXIMA						
MÍNIMA						
PULSO						

DÍA 3	MAÑANA Hora: _____			TARDE/NOCHE Hora: _____		
	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma
MÁXIMA						
MÍNIMA						
PULSO						

DÍA 4	MAÑANA Hora: _____			TARDE/NOCHE Hora: _____		
	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma
MÁXIMA						
MÍNIMA						
PULSO						

DÍA 5	MAÑANA Hora: _____			TARDE/NOCHE Hora: _____		
	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma
MÁXIMA						
MÍNIMA						
PULSO						

DÍA 6	MAÑANA Hora: _____			TARDE/NOCHE Hora: _____		
	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma
MÁXIMA						
MÍNIMA						
PULSO						

DÍA 7	MAÑANA Hora: _____			TARDE/NOCHE Hora: _____		
	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma	1ª Toma	2ª Toma	3ª Toma
MÁXIMA						
MÍNIMA						
PULSO						

**Si PAS ≥ 135 y/o PAD ≥ 85 mmHg DERIVAR AL MÉDICO**