

**AMA TU CORAZÓN**  
**Revisión de su Presión Arterial**  
12 de febrero, 2017

Consentimiento para ser Evaluado

Doy mi consentimiento para un examen de la presión arterial, y entiendo que esto es una prueba y no está destinado a diagnosticar condiciones médicas, determinar necesidades de tratamiento, o sustituir la atención médica de mi médico personal.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

**THIS AREA FOR STAFF USE ONLY**

<b>Time of Screening</b>
_____

<b>Location of Screening</b>
_____

In the event the individual with hypertensive emergency declines medical services:	
<input type="checkbox"/> Client declines medical services	
Signature: _____	Date: _____
Name (Printed): _____	
Health Care Worker: _____	Date: _____
Recorded Blood Pressure: _____	
Notes:	

**HEALTH CARE WORKER: PLEASE RETURN COMPLETED FORM TO YOUR SITE MANAGER**