

AME SEU CORAÇÃO Evento de Triagem da Pressão Arterial

Dia 12 de fevereiro 2017

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO__

DEVE SER PREENCHIDO PELO TRABALHADOR(A) DE SAUDE

Consentimento para avaliação

Eu dou consentimento para uma triagem de pressão arterial, e eu entendo que este é apenas um exame de pressão arterial e não se destina a diagnóstico de condições médicas, determinar necessidades do tratamento, ou substituir os cuidados médicos de meu médico pessoal.

Assinatura: _____

Nome (impresso): _____

Data: _____

THIS AREA FOR STAFF USE ONLY

Time of Screening _____

Location of Screening _____

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