

Acuerdo del programa de préstamo

Monitoreo de la automedición de la presión arterial

PARA EL PERSONAL DEL CONSULTORIO

Información del prestador

Nombre de la organización

Dirección

Número de teléfono

Información del paciente

Nombre

Identificación del paciente

Información de contacto de preferencia
(teléfono o correo electrónico)

Información sobre el equipo

Fabricante y el modelo del dispositivo

Identificación del dispositivo

Insumos

(marque todas las opciones que correspondan):

Manga para presión arterial (tamaño variable)

Manga para presión arterial (XL)

Bolso de transporte

Baterías _____

Cable de alimentación

Otros _____

Devolver antes del:

_____/_____/_____
Mes Día Año

Acepto participar en el programa de préstamo de dispositivo para automedición de la presión arterial y seguir las pautas que me informen.

Acepto devolver el dispositivo en buenas condiciones de funcionamiento en la fecha de vencimiento o con anterioridad.

Firma del paciente

Fecha